

Diliana Costa Ribeiro

**ADESÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA
EM ADULTOS E ADULTOS IDOSOS COM HIPERTENSÃO:
FATORES MOTIVACIONAIS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

2013

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ADESÃO TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS E ADULTOS
IDOSOS COM HIPERTENSÃO: FATORES MOTIVACIONAIS**

Diliana Costa Ribeiro

Outubro 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Marina
Serra Lemos e co-orientadora Professora Doutora Marina Prista
Guerra
(F.P.C.E.U.P.).

Diliana Raquel da Costa Ribeiro

Presidente: Doutora Luísa Maria Soares Faria **Arguente:**
Doutora Margarida Isabel Rangel Santos Henriques

Vogal: Doutora Marina Natália Romeira Prista Guerra

Orientadora: Doutora Marina Gomes Serra de Lemos

Classificação: 18 valores

Resumo

Existem em Portugal mais de três milhões de hipertensos, sendo a pobre adesão ao tratamento a causa mais importante da hipertensão (HTA) não controlada. Tendo isso em conta, o presente estudo procurou contribuir para uma melhor compreensão da adesão terapêutica e da qualidade de vida de adultos e adultos idosos com hipertensão. Mais especificamente, o estudo teve como objetivo analisar a adesão ao tratamento da HTA à luz da motivação, nomeadamente no âmbito da Teoria da Auto-Determinação (SDT de Deci e Ryan) e do Modelo de Auto-Regulação (Leventhal).

A amostra é constituída por 117 sujeitos portadores de hipertensão arterial, dos quais 61.5% do género feminino e que apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 94 anos.

O estudo fez uma avaliação multidimensional da adesão terapêutica através do auto-relato do utente sobre a adesão à alimentação, à atividade física e ao medicamento, do relato do profissional de saúde acerca da adesão do doente, dos valores de tensão arterial e do índice de massa corporal. No que se refere à motivação avaliou-se o estilo de regulação comportamental e a competência percebida face ao tratamento da HTA, a perceção da doença e do medicamento e a perceção do ambiente terapêutico. Avaliou-se ainda a qualidade de vida e variáveis individuais relevantes para a adesão terapêutica neste tipo de população.

Os resultados mostraram valores médios nas várias dimensões da adesão semelhantes aos obtidos noutros estudos e confirmaram a multidimensionalidade da adesão. Constatou-se uma elevada motivação autónoma e a competência percebida para o tratamento, perceção de um bom controlo da doença e do tratamento e elevada perceção da necessidade, mas também preocupação em relação à medicação. O ambiente terapêutico foi percecionado como apoiando a autonomia do paciente. A motivação autónoma, a competência percebida e a perceção do ambiente como promotor da autonomia revelaram-se preditores significativos da adesão ao tratamento da HTA e da qualidade de vida, bem como a perceção da doença e do medicamento. O estudo apontou também para alguns fatores individuais e sociais relevantes para compreensão desta problemática.

Em conclusão, a motivação parece desempenhar um importante papel na adesão terapêutica e na qualidade de vida de doentes adultos e adultos idosos com HTA. Os resultados encontrados conferem apoio adicional aos modelos teóricos estudados e permitem derivar implicações importantes para a prática nos contextos de saúde.

Palavras-chave: adesão, qualidade de vida, hipertensão arterial e motivação

Abstract

In Portugal there are over three million people with hypertension (HTA), and non-adherence to treatment is the most important cause of the poor rates of controlled hypertension. Considering the relevance of controlled hypertension, the present study tried to contribute to a better understanding of adherence and quality of life in adults and old patients with hypertension. More specifically, the study aimed to examine the adherence of HTA treatment from a motivational perspective, particularly within the conceptual framework of the Self-Determination Theory (SDT of Deci and Ryan) and the Self-Regulation Model (Leventhal).

The sample consisted of 117 subjects with hypertension, 61.5% of which were female with ages ranging from 31 to 94 years.

The study adopted a multidimensional approach to treatment adherence through assessing patients' self-reports of adherence to diet, to physical activity and to medication, the report of the health care professional regarding the adherence of the patient, the values of blood pressure and the body mass index. Motivation measures include types of behavioral regulation, perceived competence, beliefs about the disease and the medication and the client's perception of the therapeutic context. Quality of life and individual variables relevant to adherence in this population were also assessed.

Results related modest levels of adherence in the various dimensions similar to those obtained in other studies and in further confirmed the multidimensionality of therapeutic adherence. HTA patients showed high levels of autonomous motivation, and of perceived competence, perception of a good control of the disease, and of the treatment and perception of high necessity, but also high concern about the medication. The health care context was also perceived as supporting autonomy supportive rather than controlled. Client's autonomous motivation, perceived competence and perception of an autonomous promoting environment, as well as patients believes about the disease and the medication were significant predictors of adherence to treatment of hypertension and of quality of life. Findings also pointed to individual and social factors relevant for understanding patients' adherence.

In conclusion, motivation appears to play an important role in treatment adherence and quality of life of adult and old patients with hypertension. Finding of this study provided additional support to the theoretical models of motivation underlying this study and allowed to derive important implications for practice in health settings.

Key words: adherence, quality of life, hypertension and motivation.

Résumé

Il y a, au Portugal, plus de trois millions de personnes porteuses d'hypertension, étant la faute d'adhésion au traitement la cause la plus importante de l'hypertension artérielle (HTA) incontrôlée. Compte tenu de cela, cette étude a eu pour objectif celui de contribuer à une meilleure compréhension de l'adhésion et de la qualité de vie des adultes et des personnes âgées souffrant d'hypertension. Plus précisément, l'étude visait à examiner l'adhésion au traitement de l'hypertension à la lumière de la motivation, en particulier dans le contexte de la Théorie de l'Autodétermination (SDT de Deci et Ryan) et du Modèle de l'Autorégulation (Leventhal).

L'échantillon se compose de 117 sujets souffrant d'hypertension artérielle, dont 61,5% étaient des femmes, âgées de 31 à 94 ans.

L'étude a fait une évaluation multidimensionnelle de l'adhésion au traitement par l'intermédiaire de l'auto-rapport de l'utilisateur sur son adhésion à l'alimentation, l'activité physique et aux médicaments, le rapport de professionnels de santé au sujet de l'adhésion du patient, les valeurs de pression artérielle et l'indice de masse corporelle. En ce qui concerne la motivation, le style de réglementation, la compétence perçue, la perception de la maladie et du médicament et la perception du cadre thérapeutique. Nous avons également évalué la qualité de vie et des variables individuelles relatives à l'adhésion à thérapeutique dans ce type de population.

Les résultats ont montré des valeurs moyennes dans les différentes dimensions de l'adhésion, similaires à ceux obtenus dans d'autres études et ont confirmé le caractère multidimensionnel de l'adhésion. Nous avons constaté une grande motivation autonome, compétence perçue, perception d'un bon contrôle de la maladie et du traitement, une perception des besoins élevée, mais également une préoccupation en rapport aux médicaments. Le cadre thérapeutique était perçu comme soutenant l'autonomie du patient. La motivation autonome, la compétence perçue et la perception de l'environnement comme stimulateur de l'autonomie se sont révélés être des prédicteurs significatifs de l'adhésion au traitement de l'hypertension et de la qualité de vie. De même que la perception de la maladie et les médicaments se sont montrés des prédicteurs significatifs de l'adhésion au traitement pour l'hypertension et la qualité de vie.

En conclusion, la motivation semble jouer un rôle important dans l'adhésion et la qualité de vie des patients adultes et les personnes âgées souffrant d'hypertension. Les résultats fournissent un soutien supplémentaire aux modèles théoriques étudiés et permettent la détermination d'implications importantes pour la pratique dans les contextes de santé.

Agradecimentos

São raros os empreendimentos na nossa vida que conseguidos sozinhos, este não foi exceção e por isso queria agradecer a todos e em especial:

À professora Marina Serra Lemos pela dedicação, paciência, preocupação e constante força concedida ao longo deste projeto, uma motivadora por excelência. Bem como à professora Marina Prista Guerra pelo seu importante apoio.

Às minhas colegas e amigas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santos Pousada: Carmen, Devóra, Socorro, Ana e Rita, pelo incentivo, pelo trabalho e paciência durante estes anos. Por serem a melhor equipa com que se pode sonhar.

Às minhas amigas e amigos da FPCEUP pelo caminho de crescimento, alegria e amizade feito em conjunto, em especial à Diana, Diva, Ana, Isabel, Vanessa, Andreia e Sérgio.

Aos “Netos” por rezarem por mim, por ouvirem os meus desesperos e partilharem da minha alegria.

À Sara C. pela genialidade em estatística e ao Filipe, Francisco, Dévora e à Ana S. pela disponibilidade e ajuda em tornar melhor este estudo.

À minha família pelo apoio e força, em especial à minha mãe e à minha avó Joana, por serem um verdadeiro exemplo de força e coragem.

Ao Filipe por acreditar em mim, por me fazer querer crescer e estar sempre ao meu lado.

Aos alunos da Escola Superior de Enfermagem do Porto bem como aos professores, pelo apoio no estudo.

A todos os investigadores que partilharam do seu trabalho para que pudesse realizar este estudo, em especial à professora Fernanda Bastos e Inês Sousa.

Por último, aos meus utentes, motivo pelo qual e para qual realizei este estudo, pelo interesse em participar nele, pelas discussões e por me fazerem querer ser melhor enfermeira.

Índice

Introdução	3
1. Hipertensão arterial	4
2. Adesão terapêutica na doença crônica	6
3. Qualidade de Vida	9
3.1 Investigação realizada no âmbito da Qualidade de Vida	11
4. Teorias motivacionais da adesão terapêutica.....	12
4.1 A Teoria da Auto-Determinação.....	12
4.1.1 Investigação sobre adesão terapêutica e qualidade de vida realizada no âmbito da teoria da auto-determinação.....	19
4.2 Modelo de Auto-regulação de Leventhal e Colaboradores	19
4.2.1 Investigação realizada no âmbito do Modelo de Auto-regulação	22
5. Estudo empírico.....	24
5.1 Objetivos do estudo	24
5.2. Metodologia	27
5.2.1 Participantes.....	27
5.2.2. Instrumentos	29
5.2.3 Procedimento	34
6. Apresentação dos resultados.....	36
6.1 Caraterização da motivação, adesão e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com HTA.....	36
6.1.1 Motivação para o tratamento	36
6.1.2 Adesão ao tratamento	37
6.1.3 Qualidade de vida.....	38
6.2 Análise das relações intra-constructo na adesão ao tratamento	39
6.3 Determinantes motivacionais na adesão terapêutica	39
6.4 Análise das relações entre adesão e qualidade de vida.....	41
6.4 Determinantes motivacionais na qualidade de vida.....	42
6.5 Influência de alguns fatores individuais e sociais na motivação, adesão, e qualidade de vida.....	44
6.5.1 Motivação.....	44
6.5.2 Adesão	45
6.5.3 Qualidade de vida.....	45
7. Discussão dos resultados	47

7.1 Nível de motivação, adesão ao tratamento e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão	47
7.2 O papel da motivação na adesão terapêutica e qualidade de vida na HTA.....	52
7.3 Influência de variáveis individuais na motivação, adesão e qualidade de vida	56
Conclusões.....	58
Referências Bibliográficas	61
ANEXOS	69
ANEXO 1- Instrumentos	70
ANEXO 2 - Pedido de autorização	83
ANEXO 3-Consentimento informado para o utente e profissional de saúde	84
ANEXO 4 - Parecer da Comissão de Ética da ARS-Norte	86
ANEXO 5 - Pedido de colaboração do profissional de saúde de cada unidade	87
ANEXO 6 - Resultados referentes à influência dos fatores individuais e sociais na motivação, adesão e qualidade de vida.....	89

Introdução

Em Portugal existem mais de três milhões de hipertensos, representando 42.1% da população com idade entre os 18 e os 90 anos. Destes, apenas metade (46.1%) sabiam que eram hipertensos, apenas 39% estava medicado e apenas 11.2% estavam controlados, o que indica uma elevada prevalência da hipertensão (HTA) em Portugal. Como se constata, as percentagens de conhecimento, tratamento e controlo da HTA são muito baixos (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Raminho & Carmona, 2007). Sendo a pobre adesão ao tratamento a causa mais importante da HTA não controlada (Laufs, Rettig-Ewen & Bohm, 2011).

As pessoas ainda que confrontadas com comportamentos de risco não gostam muito de ser pressionadas para a mudança, por outro lado, apesar de conhecerem o risco resistem no comportamento de rotina (Costa, 1998).

De facto, este é um problema que merece a nossa atenção, especialmente na prevenção da doença e promoção da saúde. Neste processo são várias as componentes a ter em conta, nomeadamente: a informação, o conhecimento, as atitudes, os hábitos, a aprendizagem, a motivação, etc. Mas como podem os profissionais de saúde motivar os utentes a mudar de comportamentos? Que estratégias são mais eficazes? Será que a relação que o utente estabelece com o profissional de saúde é importante? As crenças de eficácia que o utente tem (ou não) influenciam o seu comportamento de adesão e a sua qualidade de vida? E qual a importância da sua auto-determinação?

Tendo em conta estes aspetos uma compreensão mais profunda da adesão terapêutica assume uma importância capital. O presente trabalho vai analisar a adesão terapêutica de utentes com hipertensão à luz dos seus componentes motivacionais.

Este estudo inicia-se com um breve resumo do que é a hipertensão arterial, das suas causas, fatores de risco, prevenção e tratamento, adesão e qualidade de vida. Seguidamente apresentam-se dois modelos motivacionais pertinentes para a compreensão da adesão terapêutica (Teoria da Auto-determinação de Deci e Ryan e o Modelo de Auto-regulação de Leventhal e colaboradores) frisando as suas principais características, aplicações e investigações realizadas.

Seguidamente, são apresentados os objetivos e a metodologia do estudo empírico, bem como os resultados, a interpretação dos mesmos e as conclusões.

1. Hipertensão arterial

Designam-se de hipertensão arterial (HTA) todas as situações em que se verificam valores de tensão arterial aumentados em, pelo menos, três avaliações seriadas (Phipps, 2003). Para esta caracterização, consideram-se valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mmHg (Mancia et al., 2013; Phipps, 2003).

No estudo realizado por Macedo et al. (2007) em Portugal verificou-se que existem mais de três milhões de hipertensos, representando 42.1% da população com idade entre os 18 e os 90 anos. Destes, apenas metade (46.1%) conheciam ser hipertensos, apenas 39% estavam medicados e 11.2% estavam controlados, o que indica uma elevada prevalência da HTA em Portugal. Para além disso, as percentagens de conhecimento, tratamento e controlo da HTA são muito baixos.

Mais recentemente, no estudo realizado por Pinto (2013) verificou-se que 10 anos depois do estudo referido anteriormente, a prevalência continua a ser de 42.2%, em que 76.8% sabiam que eram hipertensos, 74.9% estavam a ser tratados, 55.7% tratados e controlados e 26.1% não tratados, sendo os jovens os menos controlados. Assim, apesar de a prevalência ser idêntica há um crescimento no conhecimento e tratamento da HTA.

No geral, a prevalência de HTA a nível mundial parece ser em torno de 30-45% da população em geral, com um aumento acentuado com o envelhecimento (Mancia et al., 2013). Aproximadamente 7.1 milhões morrem anualmente por fatores atribuídos à HTA. Assim sendo, a prevenção e o controlo da hipertensão são sem dúvida um importante desafio para a saúde pública.

Exatamente por existir uma percentagem tão elevada de doentes cuja HTA não é controlada ou corrigida, faz desta um dos principais fatores de risco no aparecimento de doenças cardiovasculares (enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, arteriosclerose, doenças renais, etc.) que são das mais importantes causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo e também em Portugal (Macedo et al., 2007). Desta forma, o controlo da HTA representa uma pedra angular na prevenção deste tipo de doenças (González-Juanatey et al., 2003). Por isso, e pela prevalência da HTA na população, a OMS reportou a HTA como a primeira causa de morte a nível mundial (Mancia et al., 2013).

Ter um diagnóstico de doença crónica pode, ou não, ser acompanhado por uma sensação de doença e comportamento de doente (Meneses & Ribeiro, 2000). Daí, a ausência

de quaisquer sintomas durante a fase inicial da doença faz da medição regular da tensão arterial (TA) um hábito a seguir, especialmente nos jovens, uma vez que detêm muito menos conhecimento sobre a HTA o que demonstra que raramente medem a TA e esta não constitui uma preocupação para eles (Macedo et al., 2007)

Na maior parte dos casos (90 por cento), não há uma causa conhecida para a HTA, embora, em algumas situações, seja possível encontrar uma doença associada que é a verdadeira causa da HTA.

Os principais fatores de risco são: obesidade, consumo exagerado de sal e de álcool, sedentarismo, má alimentação, tabagismo e o stresse (Phipps et al., 2003). Importante ter em conta que 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso ou obesidade (Macedo et al., 2007) e consomem o dobro de sal recomendado pela OMS (Polónia et al., 2006; Magalhães, 2009), especialmente pelo consumo de alimentos intrinsecamente ricos em sal (queijo, produtos de charcutaria e pães) e no sal adicionado na confeção (carnes vermelhas, acompanhamentos e batatas fritas), como é referido no estudo de Magalhães (2009). A hereditariedade e a idade são dois fatores a ter também em atenção, uma vez que, quanto mais idosa for a pessoa, maior a probabilidade de desenvolver HTA (Mancia et al., 2013). Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, sendo este o grupo em que a hipertensão sistólica isolada é mais frequente (Macedo et al., 2007).

Não há uma cura para a HTA. Contudo, apesar de ser uma doença crónica, na maioria dos casos é controlável. Hoje sabe-se que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular (Mancia et al., 2013). Entre os hábitos de vida saudável sublinha-se a importância de: redução da ingestão de sal (Polónia et al., 2006); dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas (Magalhães, 2009); prática regular de exercício físico; consumo moderado do álcool (um máximo de 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres); cessação do hábito de fumar; no caso dos indivíduos obesos é aconselhável uma redução de peso.

Quando a mudança dos estilos de vida não é suficiente torna-se necessário recorrer ao tratamento farmacológico, que poderá, em princípio, ser mantido ao longo de toda a vida e compete ao médico decidir qual o fármaco mais apropriado para iniciar o tratamento.

Porém, é a pobre adesão ao tratamento a causa mais importante de HTA não controlada (Laufs et al., 2011) e a boa adesão está associada com o melhor controlo de pressão sanguínea e diminuição das complicações causadas por esta (Luther et al., 1985, *cit in* Cabello, 2007; Herttua et al., 2013).

Resultados ótimos de saúde da população requerem tratamentos eficazes e adesão a esses tratamentos. Muitos estudos demonstram que a adesão está longe de ser ótima, daí esta ser a principal preocupação do sistema de cuidados de saúde do mundo, sendo que é o único fator modificável que compromete os resultados do tratamento (Cabello, 2007).

As repercussões da não adesão ao tratamento são notórias, especialmente em doenças crônicas como a HTA, que levam ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade, assim como os custos para os cuidados de saúde (Vermeire, Hearnshaw & Royen, 2001), devido ao aumento das complicações, taxas de recaídas e hospitalizações que podem ser evitados com um adequado tratamento preventivo o que significa, num ponto de vista social, um enorme custo para as instituições de saúde (Ofman et al., 2004; Heidenrich, 2004).

2. Adesão terapêutica na doença crônica

As terminologias “observância” (*compliance*) e “adesão à terapêutica” (*adherence*) têm sido ambas utilizadas em vários estudos realizados ao longo do tempo, inclusive no mesmo estudo (Haynes, 1981 *cit in* Bugalho & Carneiro, 2004), de forma frequentemente indistinta.

Entende-se por *compliance* “o nível de coincidência entre o comportamento da pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde” (Haynes, 1981 *cit in* Bugalho & Carneiro, 2004 p.17). Esta palavra tem uma conotação negativa e sugere submissão, rendição, complacência (Vermeire, Hearnshaw & Royen, 2001).

Adesão pode ser definida como o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados e o comportamento do indivíduo frente ao regime terapêutico (Delgado & Lima, 2002). Entende-se também por “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004 p.17).

Nas diferentes terminologias apresentadas o sujeito assume posturas diferentes, sendo no cumprimento entendido como uma mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas, assumindo este um papel passivo e onde lhe é atribuída toda a responsabilidade pelos desvios que possam ocorrer face à prescrição. Considera-se atualmente que é “importante ver os doentes como sujeitos ativos, parceiros no percurso terapêutico numa abordagem bio-psicossocial” (Cabral & Silva, 2010 p.18).

Apesar de habitualmente os doentes serem classificados como cumpridores ou não cumpridores, o comportamento efetivo destes acaba por se situar algures entre o cumprimento e o não cumprimento (Griffith, 1990 *cit in* Cabral & Silva, 2010). Os comportamentos de não adesão são entendidos “como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do profissional de saúde relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos” (Klein & Gonçalves, 2005 p.119, Horne, 1997 *cit in* Cabral & Silva, 2010 p.18), tais como na aplicação do regime terapêutico como foi prescrito, hábitos e estilos de vida (dieta alimentar, bebidas alcoólicas, exercício físico, uso de tabaco, stresse, etc.) e o ir ou não às consultas previamente marcadas, não realizar exames complementares de diagnóstico, entre outros (Osterberg & Blaschke, 2005 *cit in* Cabral & Silva, 2010; WHO, 2003)

É reconhecido pela OMS (WHO, 2003) que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente nos resultados dos tratamentos de doenças crónicas, o que leva ao aumento dos custos em saúde, representando um importante problema de saúde pública. Deste modo, a adesão fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de doenças cardiovasculares.

O estudo da adesão é bastante complexo, podendo ser utilizados vários métodos de avaliação desta. Desde métodos diretos (por exemplo, observação direta, marcadores químicos, etc.) e indiretos (auto-relato, entrevistas, resultados terapêuticos, diários alimentares, relatos dos profissionais de saúde, contagem de medicamentos, monitores computadorizados de adesão, etc.) (Delgado & Lima, 2001). Os métodos diretos consistem sobretudo na análise de procedimentos médicos, sendo, por isso, considerados mais fidedignos e mais precisos. No entanto, são mais difíceis de aplicar e de serem aceites devido ao seu carácter invasivo, para além de serem complexos, bem como bastante dispendiosos (Vermeirte et al., 2001). Os métodos indiretos são medidas subjetivas e requerem a colaboração das pessoas bem como a análise de resultados. Os métodos diretos são objetivos mas também apresentam limitações, pois o controlo da doença depende não só da adesão mas também do ajustamento da prescrição e de outros fatores que podem não estar diretamente relacionados com a adesão, mas com outras variáveis que não é possível controlar. Para além disso, os doentes dificilmente assumem a não adesão, apresentando-se como mais cumpridores do que os métodos diretos indiciam (Cabral & Silva, 2010). Por outro lado, avaliar a adesão pelos resultados clínicos é uma ingenuidade médica uma vez que pressupõe uma relação direta e estreita entre a adesão e os resultados desejados, o que não se verifica, uma vez que o doente pode curar-se ou estar controlado por outros motivos que não a adesão aos tratamentos, como também pode aderir e não manifestar o efeito desejado (O'Brien et al., 1992 *cit in* Delgado & Lima, 2001).

Apesar das inúmeras investigações realizadas, a complexidade da avaliação da adesão ainda não permitiu o estabelecimento de um método que se possa considerar ideal (Osterberg & Blaschke, 2005 *cit in* Cabral & Silva, 2010; Vermeire et al., 2001).

De acordo com Delgado & Lima (2001) vários fatores contribuem para a da não adesão, como a cronicidade da doença, a complexidade terapêutica, a aquisição e toma dos medicamentos prescritos, os regimes alimentares ou a prática de exercício físico e os tratamentos que interferem com os velhos hábitos e ainda o isolamento social.

Com efeito, a falta de adesão pode levar a um agravamento do estado geral de saúde e dos sintomas da doença, ocasionando erros de diagnóstico e de tratamento, podendo esta deteriorização levar a consequências na qualidade devida e no aumento da morbidade (Cluss & Epstein, 1985 *cit in* Cabral & Silva, 2010).

O tratamento da HTA é geralmente a longo prazo, e o seu sucesso vai depender dos efeitos da medicação sobre a qualidade de vida do paciente. A relação entre qualidade de vida e de adesão é complexa e merece um estudo cuidadoso. A monitorização da qualidade de vida pode ser uma das melhores maneiras de melhorar a adesão ao tratamento. Assim, ao desenvolver uma abordagem para o tratamento de hipertensão, os médicos devem ter em consideração o impacto de diferentes anti-hipertensivos sobre o bem-estar geral do paciente, e, juntamente com os efeitos colaterais e contra-indicações, as questões de qualidade de vida devem determinar a escolha da medicação (Nunes, 2001).

A adesão a regimes terapêuticos de longa duração é influenciada por vários fatores que interagem entre si: Fatores sociais, económicos e culturais. O estatuto socioeconómico não se apresenta de forma consistente como preditor independente da adesão (Albaz, 1997, Morgan, 1988 e Belgrave, *cit in* WHO, 2003), mas outros fatores neste âmbito são significativos: o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a falta de redes de apoio social, o custo elevado dos medicamentos e do transporte (longa distância de acesso ao tratamento) e ainda a disfunção familiar e as diversas culturas sobre a doença e tratamentos (WHO, 2003); Fatores relacionados com o sistema de saúde, os serviços e os profissionais de saúde- falta de conhecimento e informação, gestão das doenças crónicas, sobrecarga de trabalho, falta de incentivos e feedback do seu desempenho (WHO, 2003); Fatores relacionados com a doença - a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica. Assim, o impacto da doença influencia o individuo, na perceção do risco, na importância de seguir a terapêutica, bem como a prioridade colocada na adesão (Ciechanowski et al., 2000, *cit in* WHO, 2003); Fatores relacionados com o tratamento - complexidade, duração, mudanças aos estilos de vida

anterior, etc.; Fatores relacionados com a pessoa doente - Esquecimento, stresse psicossocial, conhecimento insuficiente, crenças negativas em relação a eficácia da terapêutica, inquietação acerca de possíveis efeitos adversos, baixa motivação, falta de auto-percepção, medo de dependência de “drogas” e estigmatização da doença (WHO, 2003).

Desta forma, a motivação apresenta um papel crucial na adesão e na qualidade de vida, não só através da sua influência direta na adesão, como indiretamente afetando os outros fatores que a influenciam, diminuindo o seu efeito, “compensando” os doentes, caso haja uma forte motivação por parte dos mesmos.

3. Qualidade de Vida

Há, cada vez mais, uma preocupação crescente com a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, isto é, a qualidade de vida das pessoas que estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde por algum motivo, e que tem como elemento central a saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998 *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). Isto muito provavelmente devido ao aumento de pessoas com doenças crónicas, sendo esta uma área particularmente fértil no que se refere à qualidade de vida e ao desenvolvimento dos cuidados de saúde que levam a um aumento da longevidade (con)vivendo com estas doenças por longos períodos de tempo, ou até mesmo toda a vida (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002). Assim como também devido ao reconhecimento dos direitos do doente, especialmente o consentimento informado, a liberdade de escolha e o ter um papel mais ativo no processo de decisão, como a necessidade de melhorar o processo de decisão em cuidados de saúde e tornar mais eficaz a distribuição dos seus recursos (Grégoire, 1995 e Ribeiro, 1994 *cit in* Silva et al., 2003).

A medição da qualidade de vida é cada vez mais utilizada em avaliações económicas de forma a permitir determinar a efetividade de intervenções de cuidados de saúde (Ferreira & Ferreira, 2006). Isto reflete um esforço por melhor compreender a forma como os diferentes domínios da qualidade de vida são influenciados pelas características da doença de que sofre a pessoa bem como pelo seu tratamento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos, mesmo com limitações, incapacidades e sintomas que resultem da doença (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990 *cit in* Silva, et al., 2003).

No que se refere à definição de qualidade de vida esta tem sido muito controversa. Esta está relacionada, de certa forma, com o conceito de saúde, entendido pela OMS como “estado de bem-estar físico, mental e social total, e não apenas ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1948, *cit in* Ribeiro, 2005 p.21), referindo a mesma entidade que “a

saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da qualidade de vida e não o objetivo de vida” (WHO, 1986, *cit in* Ribeiro, 2005 p.23). A investigação tem sugerido que ter uma doença crónica não é incompatível com a percepção de ter uma boa saúde (Simonson & Turner, 1998 *cit in* Silva et al., 2003). A qualidade de vida é definida, deste modo, pela OMS como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998 *cit in* Cavalcante, Bombig, Filho, Carvalho, Paola & Póvoa, 2007). Aceita-se que a qualidade de vida se trata de um constructo multidimensional que apresenta vários domínios que se inter-relacionam não constituindo um conceito unitário (Silva et al., 2003). Segundo Pais-Ribeiro (2009) esta apresenta as seguintes propriedades: é multifatorial (apresenta várias dimensões), é baseada na percepção pessoal, varia com o tempo e é subjetiva.

No que se refere à relação entre adesão e qualidade de vida, em que a adesão à medicação é entendida como uma transição variável de resultado, e a qualidade de vida um resultado final, segundo Green e Kreuter (*cit in* Saleem et al., 2012) é provável que ocorra em primeiro lugar uma mudança na adesão e subsequentemente uma mudança na qualidade de vida. Portanto, pode-se prever que pacientes que aderiram ao tratamento devam experimentar melhorias na qualidade de vida e vice-versa. No entanto, estes referem também que não é prudente descartar outros fatores que afetam a adesão à medicação e à qualidade de vida. Por exemplo, no caso de doenças crónicas como diabetes ou hipertensão, a adesão pode ser positivamente associada com os efeitos secundários e, talvez diminuir a qualidade de vida. Pelo contrário, para as doenças agudas, a adesão ao medicamento pode ser associado a uma rápido avanço na melhoria da qualidade de vida. Sabe-se agora que em termos de qualidade de vida, as pessoas com doenças crónicas apresentam uma menor qualidade de vida e aderem menos à medicação (Martinez, Prado-Aguilar, Rascón-Pacheco & Valdivia-Martinez *cit in* Saleem et al., 2012).

Existem, assim, vários fatores que podem influenciar a qualidade de vida, como por exemplo: a severidade da doença, a duração e a resposta individual à terapêutica. Porém, a percepção do indivíduo do seu estado de saúde também pode estar relacionado com a sua qualidade de vida, isto porque as suas crenças e os seus valores têm uma grande influência na sua satisfação de viver (Trentini, Silva, Martins, Antônio, Tomaz & Duarte, 1990, *cit in* Reis & Glashan, 2001).

Pode-se concluir que a importância da qualidade de vida tanto em populações saudáveis como portadoras de doença é inegável. Baseando-se esta nas percepções, expectativas,

crenças, reações emocionais, etc., sendo estes também aspetos que a compõem, mas também que a influenciam (Pais-Ribeiro, 2009).

3.1 Investigação realizada no âmbito da Qualidade de Vida

No que se refere à cronicidade da doença o estudo de Silva et al., (2003), verificou-se que os indivíduos com diabetes que sofriam de complicações crónicas demonstraram ter pior qualidade de vida em relação aos que não sofriam sequelas da doença. Porém, quando controlada a gravidade das complicações revelou-se que não existe uma relação linear entre a gravidade das complicações e a qualidade de vida, isto porque, é mais difícil para o doente lidar com a incerteza e a dúvida acerca do agravamento da doença do que com a sua presença. Também um estudo de Reis & Glashan (2001) numa população com HTA hospitalizados, chegou-se a conclusão que, apesar da HTA ser uma doença grave que leva a complicações de órgãos nobres como o cérebro e os rins, na visão do doente hipertenso, a sua doença não é grave e a sua qualidade de vida é boa, podendo estas percepções influenciar na adesão ao tratamento, sendo estes doentes os que mais necessitam da atenção dos profissionais de saúde. No mesmo estudo, a relação com os filhos modificava a percepção da doença, uma vez que os que tinham dependentes acreditavam que a HTA é grave. Por outro lado, no estudo de Carvalho, Siqueira, Sousa e Jardim (2012) concluíram que a HTA, embora considerada como silenciosa, interferia negativamente na qualidade de vida dos seus portadores, tendo os indivíduos normotensos melhor qualidade de vida do que os hipertensos.

Relativamente à relação entre adesão e qualidade de vida, os resultados do estudo de Saleem et al. (2012) com pacientes com HTA apresenta uma fraca ou insignificante correlação negativa entre estas. Os participantes apresentavam uma diminuição da qualidade de vida e uma má adesão aos medicamentos. Por outro lado, Kaplan (1986, *cit in* Ribeiro, 2005) num estudo realizado com doentes diabéticos e hipertensos conclui que a percepção de saúde encontra-se correlacionada com as medidas fisiológicas.

Acerca da relação com as variáveis motivacionais, para além do referido anteriormente, no estudo de Williams et al. (2009) chegou-se à conclusão de que a regulação autónoma e a competência percebida estavam relacionadas positivamente com a qualidade de vida e com a adesão ao tratamento.

Relativamente a diferenças individuais no estudo na população portuguesa de Mota, Ribeiro, Carvalho e Matos (2006) demonstrou que os idosos ativos tem uma qualidade de vida relacionada com a saúde mais elevado do que os idosos que não participavam no programa de atividade física. O estudo de Ferreira e Ferreira (2006), também na população

portuguesa mais ativa indica que a qualidade de vida é maior para os jovens, solteiros ou casados/união de facto, com níveis mais altos de instrução, trabalhadores não manuais e a habitar em zonas urbanas. No estudo de Ribeiro (2005) numa população saudável, mostra valores mais elevados em todas as dimensões para o género masculino e que a perceção da saúde tende a diminuir quando a idade aumenta, ocorrendo um decréscimo mais acentuado após os 64 anos, obtendo-se os mesmos resultados para uma população com doenças crónicas. Também no estudo de Ferreira e Santana (2003) o género masculino obteve melhores resultados, bem como a perceção da saúde diminuiu com a idade e é mais negativa para os trabalhadores manuais do que os não manuais. As dimensões físicas da escala apresentam valores mais altos nos solteiros que nos casados. Os indivíduos com menos escolaridade percebem a qualidade de vida de forma mais negativa do que os com maior escolaridade, bem como os que vivem em áreas urbanas apresentam melhor qualidade de vida do que os que vivem em zonas rurais.

4. Teorias motivacionais da adesão terapêutica

“People are generally better persuaded by the reasons which they have themselves discovered, than by those which have come into the mind of others.”

Blaise Pascal, *Pensées*, (1670)

Duas teorias motivacionais, a Teoria de Auto-determinação de Deci e Ryan e o Modelo de Auto-regulação do Comportamento de Leventhal, parecem especialmente úteis para a compreensão da adesão terapêutica e têm dado origem a um significativo corpo de estudos no domínio da Psicologia da Saúde.

4.1 A Teoria da Auto-Determinação

A saúde das pessoas e o bem-estar são fortemente afetados pelo seu estilo de vida (tabagismo, higiene, dieta e a atividade física, etc.), comportamentos estes potencialmente controláveis pelo indivíduo. Por esse motivo, a eficácia dos cuidados de saúde é altamente dependente do indivíduo, como da adesão às atividades de autocuidados, a toma da medicação, autovigilância ou da abstinência de comportamentos específicos. O problema é a baixa adesão ao prescrito e às mudanças de comportamentos recomendados ao longo do tempo (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).

Investigadores em saúde têm descrito o processo de mudança de comportamento em saúde implicando a dupla tarefa de iniciar e manter a mudança. Embora existam muitas

abordagens no que se refere ao início da mudança, os ingredientes essenciais para a manutenção vão frequentemente faltando (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008). É exatamente nesta área, da mudança a longo prazo, que a Teoria da Auto-Determinação (Self-Determination Theory- SDT) se foca.

A SDT modelo criado por Richard Ryan e Edward Deci há cerca de 30 anos, tem por base o conceito de autonomia ou auto-determinação como fundamento para o desenvolvimento e bem-estar geral, como também para o sucesso na ação auto-regulada e persistente, como por exemplo a adesão a um determinado tratamento (Deci & Ryan, s.d.; Vansteenkiste & Sheldon, 2006). De acordo com esta teoria, a manutenção do comportamento ao longo do tempo requer que o indivíduo internalize valores e capacidades para a mudança e experiencie autonomia e competência (Ryan et al., 2008).

A SDT é composta por cinco mini-teorias, cada uma das quais desenvolvida para explicar uma série de fenômenos com base motivacional que surgiram a partir de estudos e pesquisa de campo: da avaliação cognitiva, da integração orgânica das orientações causais, a teoria das necessidades básicas e finalmente a dos objetivos de conteúdo (Deci & Ryan, 2002). Serão focadas as três mini-teorias mais pertinentes para a compreensão da adesão terapêutica e na qualidade de vida utilizadas neste estudo (mini-teoria das necessidades básicas, mini-teoria da integração orgânica e a mini-teoria das orientações causais).

Teoria das necessidades básicas

Segundo Deci & Ryan (2000) são três as necessidades psicológicas básicas: a necessidade de competência, de autonomia e de relacionamento.

A competência refere-se ao facto do sujeito sentir confiança e eficácia no seu modo de interagir no ambiente e contextos sociais em que está inserido e experienciar oportunidades de expressar as suas capacidades, reportando-se no fundo a sentimentos de auto-eficácia. Quando esta possibilidade de exploração e domínio do ambiente não existem, isto leva a um funcionamento não ótimo e, conseqüentemente a motivação diminui (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002; Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

A necessidade de autonomia está relacionada com o facto do sujeito se considerar como a origem das suas ações e do seu comportamento de uma forma geral, levando-o a uma maior integração, auto-atualização e auto-regulação. Esta implica que o comportamento do indivíduo reflita os seus valores, isto é, que haja uma tomada de iniciativa de expressão do próprio *self*, podendo no entanto ser influenciado pelo ambiente que o circunda. A autonomia aparece associada às seguintes três experiências: percepção de um *locus* de

controlo interno versus externo, percepção de sentimentos de escolha e sentimento de compromisso autónomo e deliberado com as tarefas (Ryan, Deci & Grolnick, 1995). As pessoas têm necessidade de experienciar sentimentos de controlo, escolha própria e sentirem-se autores ativos dos seus comportamentos para que possa haver um maior bem-estar (Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

O relacionamento diz respeito à tendência natural dos seres humanos para procurarem contacto próximo e relações íntimas com os outros, com o objetivo de atingir um sentimento de comunhão e pertença (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Este conceito implica uma unidade e ligação segura com os outros para o bem-estar psicológico, não tendo por base qualquer intenção de estatuto ou outros objetivos. (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002).

Teoria da integração orgânica (TIO)

Sendo esta uma teoria organismico-dialéctica, considera o ser humano como possuidor de uma propensão natural para o crescimento psicológico e para a integração, mas foca-se também em fatores e condições sócio-contextuais influentes nos recursos individuais (Deci & Ryan, s.d.).

Os autores identificaram diversos tipos de motivação, como podemos ver na figura 1, que regulam o comportamento humano dispostos num *continuum*, desde a motivação intrínseca, motivação extrínseca e amotivação, sendo este um dos contributos mais fundamentais desta teoria.


Amotivação	Motivação Extrínseca				Motivação intrínseca
Sem regulação	Regulação externa	Regulação introjetada	Regulação identificada	Regulação integrada	Regulação intrínseca
Falta de motivação	Motivação controlada		Motivação autónoma		
Causalidade impessoal	Causalidade externa	Relativa causalidade externa	Relativa causalidade interna	Causalidade interna	Causalidade interna
Menos autónoma ou auto-determinada					Mais autónoma ou auto-determinada

Figura 1 Relação entre os tipos de motivação, de acordo com o Modelo da Teoria de Autodeterminação (adaptado de Deci & Ryan, 2009).

No que se refere à motivação intrínseca esta alicerça-se na satisfação inerente ao próprio comportamento, não se baseando em contingências ou reforços externos

independentes dessas ações (Deci e Ryan, 2002). Deste modo, estes são comportamentos que as pessoas adotam de forma livre, tendo por base o puro interesse e desafio que estes lhes proporcionam, sem haver necessidade de serem recompensados (Ryan & Deci, 2000). Os comportamentos intrinsecamente motivados têm por base as necessidades de competência e autonomia. Assim, para se verificar a manutenção da motivação intrínseca a longo prazo estas necessidades têm de ser satisfeitas.

A TIO foca-se nas várias formas de motivação extrínseca, sua caracterização, determinantes e consequências. A motivação extrínseca tem inerentes contingências ou reforços (atingir recompensa ou evitar castigos) que são externos à atividade que o indivíduo realiza, ou seja, são comportamentos ativados apenas por razões instrumentais (Deci & Ryan, 2009; Broeck, Vansteenkiste & Witte, 2008).

Por último, na amotivação as ações do indivíduo são não intencionais, correspondendo à ausência de regulação e ao comportamento que não é auto-determinado. Este leva à inação ou à ação de forma passiva o que pode advir da baixa percepção de competência (Deci & Ryan, 2002; Deci & Ryan, 2009).

Nesta teoria consideram-se diferentes tipos de motivação extrínseca (externa, introjetada, identificada e integrada), desde a menos autónoma à mais autónoma (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan 2002; Ryan & Deci, 2000). Estas refletem o grau com que as tarefas socialmente valorizadas, mas pouco interessantes intrinsecamente, começam a ser internalizadas ou escolhidas ao longo do tempo, isto é, demonstrando diferentes níveis de autonomia e auto-determinação (Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Assim, à medida que a regulação do comportamento se vai internalizando, começa a fazer parte do *self* integrado, servindo de base ao comportamento auto-determinado. Só as regulações que foram integradas no *self* poderão contribuir para o aparecimento de comportamentos auto-determinados e as que não foram poderão ter um efeito controlador do comportamento (Lemos, 2005; Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002).

A regulação externa refere à regulação menos autónoma, uma vez que se baseia em recompensas ou evitamento de punições. Estes comportamentos apresentam fracos níveis de manutenção ao longo do tempo, uma vez que a pessoa não se sente envolvida na tarefa como se esta tivesse sido escolhida por si (Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste & Sheldon, 2006). Os médicos muitas vezes criam regulação externa, sugerindo incentivos ou contingências, ou tentando motivar através da mera autoridade (Ryan et al., 2008).

Na regulação introjetada os comportamentos são motivados por compulsões ou pressões internas, tais como o evitamento de culpa ou de vergonha, ou a necessidade de

aprovação e louvor. Este tipo de regulação revela uma persistência nas tarefas apenas a curto prazo, bem como níveis mais elevados de ansiedade, mecanismos de *coping* mais desajustados depois de momentos de fracasso e menor qualidade de vida (Lemos, 1999; Deci & Ryan, 2002; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste & Sheldon, 2006). A introjeção é muito cultivada pelos profissionais como uma forma de incitar os pacientes na ação, transmitindo aprovação (Ryan et al., 2008).

Na regulação identificada os indivíduos agem de acordo com os seus objetivos e valores, sentindo-se envolvidos na tarefa, de alguma forma, ou então aceitam uma motivação extrínseca ou intenção. A identificação é facilitada quando profissionais fornecem informações relevantes e significativas para a mudança, e não se aplicam controlos e pressões externas que prejudicam o sentido da agência ou escolha (Ryan et al., 2008), porém encontram-se frequentemente associados a um fraco sentido de prazer (Deci & Ryan, 2002; Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

A regulação integrada é considerada a forma mais autónoma do comportamento extrinsecamente motivado. Esta ocorre quando as identificações estão de acordo com as necessidades, valores e objetivos constituintes do próprio *self*. Isto é, revelam-se uma escolha do indivíduo totalmente congruente com as suas motivações e crenças de forma a atingir um resultado que considera pessoalmente importante (Deci & Ryan, 2002). Os indivíduos revelam, assim, maiores níveis de envolvimento na tarefa, sentem mais prazer nas suas realizações e adotam estratégias de *coping* mais pró-ativas (Vansteenkiste & Sheldon, 2006).

Os vários tipos de motivação extrínseca situam-se num *continuum* de internalização progressiva. Quanto mais avançado o estado de internalização mais autónomo será o comportamento do indivíduo.

Teoria da Orientação causal

A SDT propõe, ainda, diferenças individuais nas tendências de orientação motivacional. A teoria considera três orientações motivacionais que se distinguem pelo nível de auto-determinação que revelam: autónoma, controlada e impessoal que coexistem em todos os indivíduos em diferentes proporções (Deci & Ryan, 2002).

Na orientação autónoma, diz respeito à regulação do comportamento, tendo em conta os interesses pessoais e os valores inerentes ao próprio sujeito (Lemos, 1999).

Na orientação controlada o sujeito comporta-se de acordo com regras precisas e indicações, estando desta forma relacionado com as regulações externa e introjetada, que se

expressa através de comportamentos como o evitamento da culpa ou da vergonha ou obtenção de recompensas (Deci & Ryan, 2002). De acordo com a SDT, ambas as formas de regulação não estão relacionadas com a adesão a longo prazo (Ryan et al., 2008). Nos estudos realizados por Deci e Ryan (s.d.) revelam que a orientação autônoma se correlaciona positivamente com a autoestima e auto-atualização e com diversos aspetos associados ao bem-estar e, pelo contrário, a orientação controlada aparece associada à pressão externa e mal-estar.

A orientação impessoal está associada aos comportamentos não premeditados ou intencionais, associando-se desta forma à amotivação e associa-se à ansiedade face à competência (Deci & Ryan, s.d.).

Os três tipos de motivação identificados podem levar a diferentes consequências em aspetos ligados por exemplo à atenção, concentração, memória, interesse, satisfação, emoções positivas, escolhas e intenção do comportamento, comportamentos de risco versus comportamentos saudáveis (Deci & Ryan, 2002).

A influência dos contextos na motivação

Segundo Deci e Ryan (2009) a motivação intrínseca pode ser influenciada pelo *locus* de causalidade percebida (que está intimamente ligado à necessidade de autonomia) e pela competência percebida que está relacionado com a necessidade de competência. Assim, quando um acontecimento aumenta a competência percebida, a motivação intrínseca terá maior tendência para aumentar e vice-versa. Consistentemente, as pessoas que se sentem mais competentes em relação a um determinado comportamento são mais propensas a fazer e manter a mudança (Williams et al., s.d.). Por exemplo, os vários estudos realizados sobre recompensas externas demonstraram que parecem minar a motivação intrínseca do participante (Deci, Koestner & Ryan, 1999 *cit in* Deci & Ryan, 2009). Por outro lado, os estudos realizados sobre o *feedback* positivo demonstram aumentar a motivação intrínseca. Assim, parece que é o *feedback* que afirma a competência quando acompanhado por uma sensação de autonomia tipicamente aumentando a motivação intrínseca, acontecendo com o *feedback* negativo o oposto, levando mesmo ao aumento da amotivação (Deci & Ryan, 2009).

Juntamente com um sentido de autonomia, a internalização requer que se experimente confiança e competência para mudar. Na SDT, o suporte para a competência é conferida quando os profissionais fornecem informações relevantes e *feedback*. Assim, o utente é visto como possuidor de habilidades e ferramentas para a mudança, o que é suportado quando surge competência ou controle perante dificuldades. No modelo de mudança da

SDT, ganhar um sentido de competência é facilitado pela autonomia. Isto é, quando as pessoas estão envolvidas e têm um alto grau de disposição para agir, então são mais aptas a aprender e aplicar novas estratégias e competências (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005 *cit in* Ryan et al., 2008). Porém, em contraste com a teoria da auto-eficácia de Bandura, a SDT prevê que a competência sozinha não seja suficiente para garantir a adesão, esta tem de ser acompanhada pela vontade ou autonomia (Ryan et al., 2008).

Ainda no que se refere à influência dos contextos na motivação, igualmente importante para a internalização do ponto de vista SDT é o relacionamento. As pessoas são mais propensas a adotar valores e comportamentos promovidos por aqueles a quem eles se sentem ligados e em quem eles confiam (Ryan et al., 2008). Vários autores defendem ainda que a empatia, a ausência de controlo e permitir a escolha sobre o que se fazer e como fazer levam ao aumento da motivação intrínseca (Deci & Ryan, 2002). Ao sentimento de apoio em relação às necessidades psicológicas tem sido associado uma melhor saúde mental (menos sintomas depressivos, ansiedade e somatização), melhor qualidade de vida e melhores resultados relacionados à saúde, como a maior ingestão de frutas e legumes, a redução do tabagismo, melhor controle glicêmico em pacientes com diabetes, mais atividade física e melhora a adesão aos medicamentos prescritos (Ryan et al., 2008). Assim, o impacto desta relação na abertura dos doentes à informação e probabilidade de cumprimento das recomendações é elevada (Ryan et al., 2008). Quando esta possibilidade de exploração e domínio do ambiente não existem, isso leva a um funcionamento não ótimo e, conseqüentemente, a motivação diminui (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2002; Vanstreenkiste & Shelon, 2006).

Tal como Lemos (1999, 2005) sistematiza, são os ambientes estruturados (ricos em informação sobre o modo de atingir determinados resultados desejados, nível de consistência e previsibilidade) que aparecem associados ao sentimento de competência, enquanto ambientes inconsistentes (caos) dificultam as experiências de competência. Desta forma, ambientes terapêuticos que fomentem autonomia e confiança são mais suscetíveis de melhorar a adesão e resultados de saúde. Assim, o modo como o utente percebe a experiências pode influenciar a adesão terapêutica de forma direta, mas também de forma indireta através da auto-regulação, uma vez que, consoante o tipo de ambientes, mais controladores ou mais informativos. Este último favorece o aumento da motivação intrínseca e o primeiro tende a diminuí-la (Deci & Ryan, 2002).

4.1.1 Investigação sobre adesão terapêutica e qualidade de vida realizada no âmbito da teoria da auto-determinação

Tem havido uma série de estudos de campo e grandes ensaios clínicos randomizados de intervenções com base na abordagem da mudança da SDT. Os estudos de campo têm mostrado, por exemplo, que a adesão a longo prazo à medicação é substancialmente uma função da autonomia do paciente, que, por sua vez, é promovida pelo suporte à autonomia dada pelo médico prescritor (Williams, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, 1998). Do mesmo modo, a perda de peso está ligada ao apoio à autonomia no tratamento e à internalização dos objetivos do tratamento (Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996). Num estudo longitudinal com diabéticos tipo 2 realizado por Williams, MacGregor, Zeldman, Freedman e Deci (2006), os autores concluíram que o aumento do suporte de autonomia do paciente promove o aumento das percepções de autonomia e competência, levando a uma melhor adesão ao tratamento, e logo, a um controlo glicémico mais adequado.

No estudo de Williams et al. (2009) concluiu-se que apoio dos prestadores de cuidados de saúde à autonomia e competência dos pacientes em torno do uso de medicação e da auto-gestão da diabetes está relacionada positivamente com a adesão à medicação, qualidade de vida, e os resultados fisiológicos entre pacientes com diabetes.

No domínio do abuso de substâncias, estudos mostraram ligações entre o apoio à autonomia, motivação interna, e os resultados do tratamento (por exemplo, Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004). O foco em objetivos extrínsecos tem sido associado com maior risco e comportamentos menos saudáveis (Williams, Cox, Hedberg & Deci, 2000). Houve também alguns ensaios clínicos controlados com o objetivo de testar a eficácia de SDT baseada nas intervenções. Estes incluem intervenções sobre a dependência do tabaco (Williams et al., 2006), atividade física (Fortier, Sweet, O'Sullivan & Williams, 2007) e higiene dental (Halvari & Halvari, 2007).

4.2 Modelo de Auto-regulação de Leventhal e Colaboradores

O Modelo de Auto-regulação do Comportamento (*Self-Regulatory Model-SRM*) de Leventhal fornece uma construção/explicação teórica que nos ajuda a compreender os fatores que influenciam as percepções da pessoa quanto às ameaças de doença, a relação entre essas percepções e a descrição dos sintomas da doença relatados pela própria pessoa, e como as suas crenças pessoais influenciam os seus comportamentos de auto-cuidado e a conduzem a promover ou a ignorar as ameaças de doença. Tem-se demonstrado como um

bom modelo para aceder a crenças específicas sobre saúde e como estas interferem com a toma de medicação (Ross, Walker & MacLeod, 2004).

O modelo é baseado em três proposições simples: (1) as pessoas são ativas solucionadores de problemas, estas veem e definem os seus mundos, selecionam e elaboram procedimentos de *coping* para gerir ameaças e mudam a maneira como representam os problemas quando obtém um *feedback* que descon firme as anteriores representações; (2) os processos de resolução de problemas ocorrem em contexto, e (3) a energia gasta ou a motivação para melhorar a saúde e prevenir e curar a doença é direcionada para o que é percebido como sendo a ameaça mais imediata e urgente, e é limitada por recursos e por uma regra de satisfação (Leventhal et al., 1998).

Leventhal e colaboradores propuseram que as representações da doença dos pacientes são baseadas em componentes distintos que, por sua vez, determinam o *coping* (Leventhal, Nerenz e Steele, 1984; Leventhal e Diefenbach. 1991 *cit in* Weinman et al., 1996). Assim, eles afirmam que cada paciente terá as suas próprias ideias sobre a identidade, causa, duração e as consequências da sua doença (Weinman et al., 1996). Deste modo, os conteúdos cognitivos das representações da doença estruturam-se em torno de cinco componentes ou constructos: identidade, duração, consequências, causas e controlo. A identidade envolve a rotulagem de uma condição (por exemplo, “Eu tenho um problema de coração”) e a experiência dos sintomas que o paciente acredita que estão ligados a este rótulo (por exemplo, dor no peito) (Weinman et al., 1996; Leventhal, 1998; Hekler et al., 2008;). A duração refere-se à cronicidade percebida da doença (por exemplo, aguda, crónica, episódica e a idade de início) (Weinman et al., 1996; Leventhal, 1998; Phillips, Leventhal & Leventhal, 2012) As consequências referem-se aos resultados percebidos de uma doença (por exemplo, invalidez, morte, efeitos secundários e custos monetários e sociais). As causas podem ser internas ou externas (por exemplo hereditariedade ou uma infeção). O controlo envolve a perceção de que vários fatores (por exemplo, o comportamento do paciente e do médico que são esperados que controlem os sintomas) influência a doença e o seu curso (Weinman et al., 1996; Leventhal, 1998). Estes constructos foram examinados no que diz respeito a uma série de diferentes doenças e foram associadas com o comportamento de gestão da doença (Hagger & Orbell, 2003 *cit in* Hekler et al., 2008).

Segundo este modelo, na doença coexistem dois processos ativos paralelos: a cognição, que corresponde à interpretação objetiva da ameaça da doença e a emoção, que é a reação subjetiva a essa ameaça. Estes processos paralelos, a cognição e a emoção, são interativos. Estas representações são processadas em paralelo em três etapas (Leventhal, Leventhal &

Contrada, 1998; Ogden, 1999): interpretação, *coping* e ponderação. Tem ainda a vantagem de estabelecer relações bem claras entre as variáveis em jogo. Deste modo, o modelo parte do pressuposto de que os indivíduos são "solucionadores" ativos de problemas, organizando o processamento de informação perceptual e conceitual referente às ameaças à saúde de maneira episódica e auto-regulada através de um sistema de feedback (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984 *cit in* Vázquez, Alegría & Ayala, 2005). Inicialmente, as pessoas processam os estímulos externos (por exemplo, uma mensagem de um profissional de saúde, informação acerca de riscos) ou estímulos internos (por exemplo, a experiência de sintomas) que podem originar o desenvolvimento de uma representação cognitiva e emocional do problema. Numa segunda fase, com base nestas representações individuais, desenvolvem planos ou procedimentos de ação para lidar com a ameaça por eles percebida ou mecanismos de *coping* (por exemplo, em busca de apoio ou tomar medicação). As estratégias de *coping* podem ser por aproximação (por exemplo aderir às recomendações médicas) ou *coping* de evitamento (por exemplo negar os sintomas da doença). Por fim, é feita uma ponderação que envolve a valorização das consequências que podem afetar as fases anteriores e modificar, por conseguinte, os seguintes episódios ou futuras ameaças de saúde. Assim, o sucesso de determinada estratégia de *coping* é avaliada e a resolução de continuar com essa estratégia, ou não, optando por outra alternativa (Leventhal, Leventhal & Contrada, 1998; Ogden, 1999).

Uma suposição implícita deste modelo, o que sugere a sua potencial utilidade prática, é o impacto da representação cognitivo/emocional da doença nos resultados saúde-doença (condição física, stresse psicológico, funcionamento social, etc.) e, deste modo, a oportunidade de identificar, tal representação como meio para intervir e facilitar a adaptação e recuperação (Leventhal et al., 2001 *cit in* Vázquez, Alegría & Ayala, 2005).

Apesar de uma convincente lógica argumentativa para o estudo da percepção da doença como determinante da adesão ao tratamento (Leventhal & Cameron, 1987 e Leventhal et al., 1992 *cit in* Horne & Weinman, 2002), poucos estudos têm utilizado esta abordagem. No entanto, existe suporte empírico para a utilidade do modelo de auto-regulação para explicar as decisões de adesão. Por exemplo, no estudo de Meyer et al. (1985) as percepções da doença encontravam-se relacionadas com a adesão à medicação no tratamento da hipertensão.

Tem sido sugerido que a capacidade da SRM para explicar a adesão ao tratamento pode ser reforçada alargando o seu âmbito e focando-se mais em crenças específicas de tratamento (Horne, 1997 *cit in* Horne & Weinman, 2002). É provável que a pacientes auto-regulados não só têm as suas próprias ideias acerca a doença, mas também sobre o

tratamento. Ao decidir se vão aderir a um esquema de tratamento, o paciente tem de pensar se é apropriado ou não para a sua doença. Em particular, é sugerido que as decisões de adesão são influenciadas por uma interação entre as crenças pessoais sobre a necessidade do tratamento para manter e melhorar a saúde e a preocupação sobre os potenciais efeitos adversos de aderir a ela. Assim, os constructos de necessidade e preocupação oferecem um meio de operacionalização de alguns dos benefícios e custos associados com a percepção da adesão às recomendações de tratamento (Horne et al., 1999).

4.2.1 Investigação realizada no âmbito do Modelo de Auto-regulação

Os estudos realizados em diversas populações de pacientes têm demonstrado associações entre as percepções da doença e as respostas emocionais, cognitivas e comportamentos em resposta à doença.

Quando a teoria foi primeiramente utilizada em doentes com hipertensão, a identidade (sintomas) era um foco especial porque a hipertensão é, em grande parte, uma condição assintomática. Meyer, Leventhal & Gutmann (1985) descobriram que os pacientes aumentavam a adesão quando acreditavam que os medicamentos afetavam os sintomas. Descobriram, também, que os doentes que iniciam o tratamento foram mais propensos a abandonar quando interpretavam a sua doença como aguda, ao invés de crónica. As consequências percebidas foram também associadas positivamente com a adesão à medicação (Balazovjech & Hnilica 1993 *cit in* Hekler et al., 2008). A crença na eficácia do tratamento (controlo) tem sido associada a uma melhor gestão da pressão arterial (Kirscht & Rosenstock, 1977 e Nelson et al., 1978 *cit in* Hekler et al., 2008; Ross et al., 2004). Finalmente, as crenças de causa demonstraram influenciar o comprometimento em comportamentos de saúde entre pacientes com doença cardíaca coronária (de Valle & Norman, 1992 *cit in* Hekler et al., 2008). Deste modo, a adesão é influenciada por fatores psicossociais, entre os quais a percepção da doença, através das crenças, das atitudes, das atribuições, do locus de controlo, da representação mental da enfermidade e do apoio social (Cabello, 2007). Meyer, Leventhal e Gutmann (1985) no seu trabalho demonstrou, também, que o facto de os doentes com HTA se manterem no tratamento ou não depende das suas ideias, ou representações acerca da natureza da doença.

Estudos mais recentes realizados por Ross, Walker e MacLeod (2004) demonstram que as crenças sobre a doença e sobre os medicamentos estão interligadas, sendo as crenças sobre medicamentos específicos e sobre a hipertensão preditivos de adesão e que desta forma, as informações sobre crenças em saúde são importantes na obtenção de concordância e podem ser um alvo de intervenção para melhorar a adesão. Também no estudo de Horne e Weinmam (2002) numa amostra de pessoas com asma mostraram que os comportamentos

de não-adesão foram associados com as dúvidas acerca da necessidade de medicação e a preocupação sobre os seus potenciais efeitos adversos e com as consequências mais negativas percebidas da doença. Os fatores sociodemográficos e clínicos explicaram apenas uma pequena quantidade de variação na adesão ao passo que as representações de doença e crenças de tratamento foram preditores independentes mais substanciais. Chegaram à conclusão ainda que as representações da doença influenciaram a adesão de forma direta e indiretamente através de crenças de tratamento, que, por sua vez, foram os preditores mais fortes.

Estudos realizados em Portugal por Felgueiras et al. (2009) numa população de doentes com hipertensão obtiveram resultados que apoiaram o argumento de que as percepções da doença e crenças sobre medicamentos desempenham um papel na influência das na escolha entre um medicamento genérico ou de marca para o tratamento da hipertensão.

Apesar da utilidade demonstrada da abordagem das percepções de doença para a compreensão da adesão e do estado de saúde noutras doenças, poucos estudos têm testado o valor desta abordagem no tratamento da hipertensão (Horne, Clatworthy, Polmear & Weinman, 2001).

5. Estudo empírico

5.1 Objetivos do estudo

Com o presente estudo pretende-se analisar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida em adultos e adultos idosos portadores de HTA, valorizando a compreensão dos fatores motivacionais da adesão, como podemos verificar na figura seguinte. Mais especificamente o estudo avaliou o seguinte conjunto de variáveis motivacionais: o grau de autonomia na gestão da doença, a competência percebida para a gestão da doença, a percepção acerca da autonomia oferecida/proporcionada pelo ambiente terapêutico e crenças acerca da doença e dos medicamentos. Pretende-se assim caracterizar a adesão terapêutica e a qualidade de vida em doentes adultos e adultos idosos com HTA, a sua motivação para o tratamento e analisar o papel das variáveis motivacionais nestas.

No que respeita à adesão ao tratamento da HTA, considerando a complexidade do conceito e a sua natureza multidimensional recolheram-se vários indicadores, refletindo o que tem sido sugerido pela literatura da especialidade: a percepção do grau de adesão (auto-relato do doente e relato dos profissionais de saúde), valores de TA e de IMC.

Finalmente, pretendeu-se avaliar diferenças individuais (relacionadas com o género, idade, escolaridade, NSE, dificuldades de acesso, etc.) quer na motivação destes doentes, quer na adesão ao tratamento e na qualidade de vida.

Tendo em conta a revisão da literatura realizada, de forma a examinar os fatores motivacionais na adesão ao tratamento da HTA definiram-se objetivos mais específicos:

1. Caracterizar os sujeitos à luz das variáveis em estudo.

Mais especificamente: 1.1 fatores motivacionais: o grau de auto-determinação dos utentes relativamente ao tratamento da HTA; a competência percebida para seguir o tratamento (exercício físico, dieta e medicação) e a percepção da autonomia proporcionado pelo ambiente terapêutico; 1.2 percepção da doença e dos medicamentos; 1.3 adesão ao tratamento através do auto-relato dos utentes, relato dos profissionais de saúde e dados diretos (TA e IMC); 1.4 qualidade de vida.

2. Analisar as relações intra-constructo entre as diferentes variáveis de adesão; os resultados desta análise levarão à seleção dos indicadores de adesão a considerar nas análises subsequentes.

3. Analisar as relações entre motivação e adesão terapêutica.

3.1 Analisar a relação entre a auto-determinação e a adesão ao tratamento. Será de esperar o aumento da auto-determinação leve a uma maior adesão (Williams, Rodin,

Ryan, Grolnick, & Deci, 1998; Williams, MacGregor, Zeldman, Freedman, & Deci 2004).

3.2 Analisar a relação entre a competência percebida e a adesão ao tratamento, esperando-se que uma competência percebida mais elevada favoreça uma maior adesão (Williams et al., s.d.; Williams, MacGregor, Zeldman, Freedman & Deci 2004).

3.3 Analisar a relação entre percepção do ambiente terapêutico e a auto-determinação. Com base na SDT espera-se que a percepção do ambiente terapêutico influencie a motivação influenciando assim indiretamente a adesão ao tratamento (Ryan et al., 2008).

3.4 Analisar a relação entre a percepção acerca da doença e a adesão ao tratamento, pois a adesão é influenciada por fatores psicossociais, entre os quais a percepção da doença, através das crenças, das atitudes, das atribuições, do locus de controlo, da representação mental da doença e do apoio social (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002; Ross, Walker & MacLeod, 2004; Felgueiras, et al., 2009).

3.5 Analisar a relação entre a percepção acerca da medicação para a HTA e a adesão ao tratamento, uma vez que, estas são preditivas da adesão (Felgueiras et al., 2009; Ross, Walker & MacLeod, 2004; Meyer et al., 1985 *cit in* Hekler et al., 2008).

4. Analisar a relação com a qualidade de vida

4.1 Analisar a relação entre as variáveis motivacionais e a qualidade de vida, uma vez que segundo (Ribeiro, 2005) as variáveis psicossociais parecem apresentar um papel importante na avaliação do estado de saúde.

4.2 Analisar a relação entre variáveis de adesão e qualidade de vida, isto porque segundo Green e Kreuter (*cit in* Saleem et al., 2012) pode-se prever que pacientes que aderiram ao tratamento devam experimentar melhorias na qualidade de vida e vice-versa.

5. Estudar ainda, a influência de diferenças individuais, nomeadamente, idade, género, estado civil, nível socioeconómico, com quem vive, unidade de saúde, se é acompanhado noutro local, se tem outras doenças, dificuldades no acesso, nos fatores motivacionais, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida. A idade parece influenciar a adesão (Brannon & Feist, 1996 *cit in* Cabral & Silva, 2010) e a qualidade de vida (Ribeiro, 2005). O género não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão à terapêutica (Vermeire et al., 2001), no entanto parece influenciar a qualidade de vida Ribeiro (2005). Relativamente às dificuldades de acesso, por exemplo a falta de recursos económicos tem sido identificada como um dos principais fatores de falta de adesão à terapêutica (Cabral & Silva, 2010).

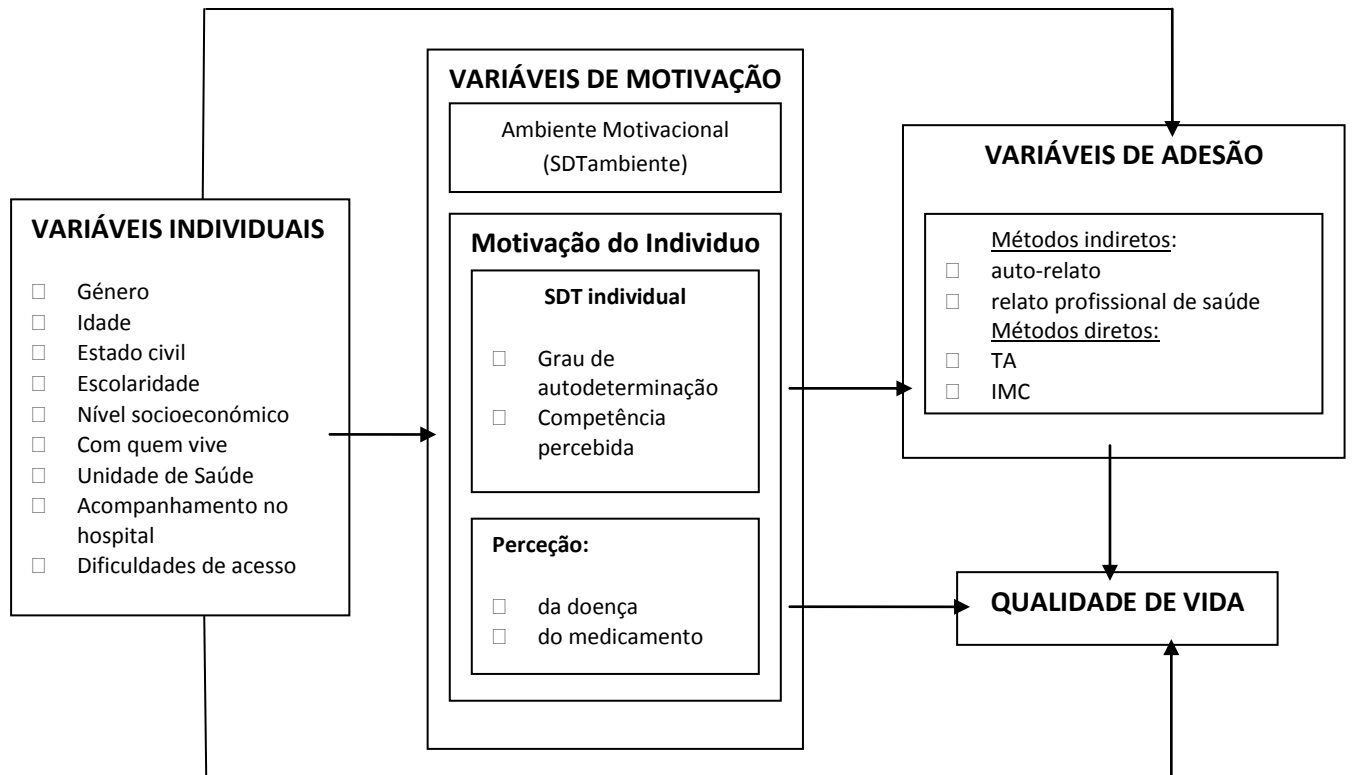


Figura 2 – Desenho da investigação

5.2. Metodologia

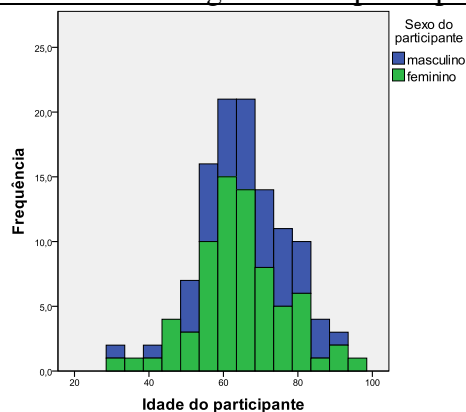
Nesta secção é explicado o modo como se planeou o estudo realizado. Assim, caracterizam-se seguidamente os participantes, os instrumentos e o procedimento, bem como também as análises de dados realizadas.

5.2.1 Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 117 sujeitos. Os participantes foram selecionados tendo em conta os seguintes critérios: terem o diagnóstico de Hipertensão Arterial, podendo também ser portadores de outras doenças, como por exemplo Diabetes; a frequentar as consultas de Hipertensão do ACES Porto Oriental, nomeadamente na Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados de Santos Pousada (N=81, 69.2%), na Unidade de Saúde Familiar Porto Centro (N=29, 24.8%) e na Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados de Nova Sintra (N=7, 6%). Trata-se de uma amostra por conveniência, uma vez que os sujeitos foram integrados no estudo consoante iam comparecendo às consultas.

Como podemos verificar no gráfico seguinte que apresenta a frequência da idade e do género dos participantes, desta amostra 72 (61.5 %) são do género feminino e 45 (38.5%) são do género masculino. Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 94 anos ($M= 65.4$, $DP= 12.1$).

Gráfico 1
Frequência da idade e género dos participantes



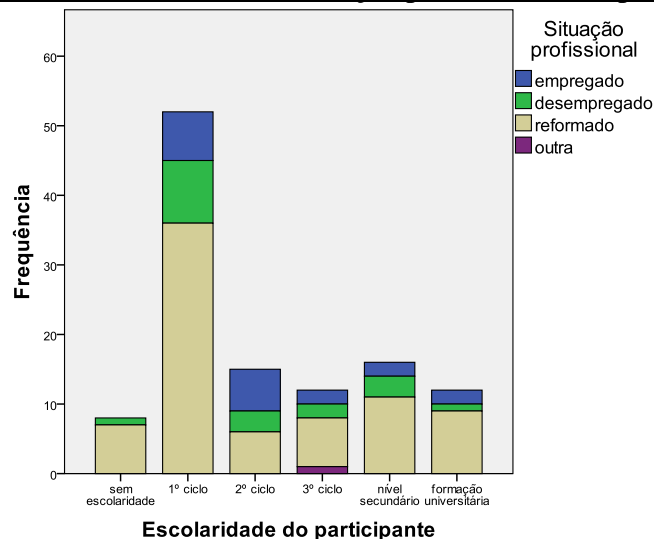
Relativamente ao estado civil 11 (9.4%) são solteiros, 71 (60.7%) casados, 23 (19.7%) viúvos e 11 (9.4%) outros (divorciados ou união de fato). Quanto `escolaridade 52 (44.4%) têm o 1º ciclo, 15 (12.8%) têm o 2º ciclo, 12 (10.3%) têm o 3º ciclo, 16 (13.7%) têm o nível secundário, 12 (10.3%) têm formação universitária e 8 (6.8%) são iletrados.

A nível profissional 77 (65.8%) está reformado, 20 (17.1%) desempregado e 19 (16.2%) está empregado. No que se refere ao nível socioeconómico 27 (23.9%) apresentam

nível C1, 18 (15.9%) nível C2 e 68 (60.2%) nível D+E. Em que A/B é considerado o nível mais alto, seguindo-se pelo C1, C2 e o D+E. Nenhum dos participantes apresentava o nível A/B.

Gráfico 2

Frequência da escolaridade e situação profissional dos participantes



Relativamente a “Com quem vive?” 22 (18.8%) vivem sozinhos, 59 (50.4%) vive com o marido/esposa, 11 (9.4%) vive com os filhos, 13 (11.1%) com marido/esposa e filhos e 12 (10.3%) com outros.

Em termos da frequência de outras consultas 25 (21.4%) são acompanhados na consulta de hipertensão/ cardiologia hospitalar e 90 (76.9%) não. Para além de hipertensão 86 (73.5%) apresentam outras patologias, tais como diabetes e 30 (25.6%) não apresentam nenhuma outra patologia.

No que se refere ao consumo de tabaco dos 117 inquiridos, apenas 6 fumaram nos últimos 7 dias (5.1%) e 111 (94.9%) não. No total, 80 nunca fumou (68.4%), 16 (13.7%) já não fuma há mais de doze anos, 14 (12%) já não fuma entre quarto a doze anos, 1 (0.9%) entre um a dois anos.

Quanto a dificuldades sentidas, 20 (17.1%) refere ter dificuldade de acesso à medicação, 22 (18.8%) dificuldades de acesso a produtos alimentares adequados, 12 (10.3%) dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e 48 (41%) dificuldades físicas que impedem de praticar exercício físico.

É de salientar ainda que 41 (44.6%) referem ter o peso normal, 55 (47%) refere comer na maioria das vezes em casa e que é o próprio que cozinha, 84 (73.7%) referem sentirem-se

muito ou completamente apoiados pela família e 31 (26.5%) referem estar muitas vezes ou sempre stressados

5.2.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo (cf. Anexo 1) foram os seguintes: Questionário de Auto-Regulação– QAR (Williams, Ryan & Deci, s.d), Escala de Competência Percebida para a Dieta, para o Exercício Físico e para a Medicação – E.C.P. (Williams, Ryan & Deci, s.d.), Questionário de Percepção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico – QPCAT (Williams, Ryan & Deci, s.d.), que fazem parte do *Health-Care, Self-Determination Theory Packet*. Também foram utilizados o Questionário sobre a Percepção da Doença revisto (*Illness Perception Questionnaire* – IPQ-R adaptado de Moss & Weinman, 2002), Questionário acerca da percepção sobre os medicamentos (*Belief About Medicines Questionnaire* – BMQ adaptado de Horne, Weinman e Hankins, 1999). Para avaliar a adesão foi criada uma Escala adaptada à população com HTA tendo por base o *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) adaptado à população Portuguesa como Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes por Bastos, Severo e Lopes (2007) e o Questionário de Auto-relato de *Morisky-Green* (adaptado de Morisky, Green & Levine, 1986). Para fazer a adaptação à população com HTA foi tido por base o Questionário de Adesão às recomendações para o Tratamento da Hipertensão de Sousa (2005). Colheu-se também informação sobre TA e o IMC e das variáveis individuais através de perguntas diretas aos profissionais de saúde e aos utentes com HTA respetivamente.

O *Health-Care, Self-Determination Theory Packet* contém três questionários que foram desenvolvidos para avaliar os constructos contidos na Teoria da Autodeterminação (SDT) e que dizem respeito ao comportamento de saúde já referidos anteriormente.

O TSRQ avalia se os motivos pelos quais as pessoas têm ou teriam um comportamento saudável, tal como iniciar ou seguir um regime terapêutico ou mudar um comportamento relacionados com a saúde, são autónomos ou auto-determinado. Neste estudo foram usadas do TSQR para os domínios Dieta e Exercício físico.

O TSRQ foi utilizado pela primeira vez no estudo sobre "comportando-se de uma maneira saudável", de Williams, Grow, Freedman, Ryan e Deci (1996, *cit in* Williams et al., s.d.), e desde então tem sido utilizado em inúmeros estudos (Williams, Freedman & Deci, 1998; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, 1998; Williams, Cox, Kouides & Deci, 1999), bem como amplamente utilizado no estudo da mudança de comportamento em

contextos de cuidados de saúde. Um artigo de validação da TSRQ foi publicado por Levesque, Williams, Elliot, Pickering, Bodenhamer, e Finley (2007, *cit in* Williams et al., s.d.).

Mais especificamente utilizou-se o Q.A.R., versão em estudo traduzida para o efeito do original *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) (Williams et al., s.d.) já utilizada noutros estudos, nomeadamente o estudo acerca da cessação tabágica em adultos (Guerra, Lemos, Queirós & Rosas, 2003) no estudo de Garrett (2008) com adolescentes diabéticos parecendo indicar uma boa consistência interna. No presente estudo os *alfas de Cronbach* obtidos foram de: 0.83 para a regulação autónoma, 0.78 para a regulação controlada e 0.61 para a amotivação, demonstrando também uma boa consistência interna.

Este questionário é constituído por 15 itens (agrupados em três subescalas) onde o sujeito se posiciona numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira): 6 itens avaliam a motivação autónoma, 6 itens avaliam a motivação controlada, e 3 itens avaliam a amotivação. A subescala motivação autónoma é composta pelos itens 1, 3, 6, 8, 11 e 13; a subescala de motivação controlada pelos itens 2, 4, 7, 9, 12 e 14, e na subescala amotivação pelos itens 5, 10 e 15. Para determinar a cotação de cada subescala calcula-se a média dos itens referentes a cada uma delas, obtendo-se três valores que refletem a motivação autónoma, a motivação controlada e a amotivação respetivamente, podendo ser usados de forma independente. O índice de autonomia relativa (média da subescala de regulação autónoma menos a média da subescala de regulação controlada), apresenta-se numa escala de 13 pontos, que podem variar entre -6 +6 (Williams et al., s.d.).

A competência percebida é avaliada pela ECP que consiste num breve questionário de 4 itens que avalia o grau em que os participantes se sentem confiantes em iniciar (ou manter) uma mudança em direção a um comportamento saudável, em participar num programa de cuidados de saúde, ou em realizar um tratamento. Tal como acontece com o TSRQ, a ECP pode ser adaptada conforme a necessidade de estudar determinados comportamentos. No presente estudo, utilizou-se o questionário relativamente ao seguimento de uma dieta (sal, gorduras e café), do exercício físico, de atingimento e manutenção do peso e da medicação. No presente estudo, o *alpha de Cronbach* foi de 0.79, revelando uma boa consistência interna.

As questões do E.C.P. são cotadas numa escala de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira), tal como no questionário anterior. Os resultados obtêm-se a partir da média da pontuação dos 4 itens, sendo que no presente estudo se utilizaram apenas dois itens de cada um dos três questionários de competência percebida.

De forma a avaliar a percepção do utente sobre o ambiente terapêutico utilizou-se o QPCAT – versão em estudo adaptada para o efeito a partir de Williams et al. (s.d.). Este é uma medida de 15 itens que avalia a percepção dos pacientes sobre em que medida os seus profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc.) promovem a autonomia versus controlo ao fornecer o tratamento em geral ou em relação a um problema específico de saúde. Esta escala foi utilizada pela primeira vez num estudo com pacientes obesos que participaram num programa de perda de peso e foi validada num estudo com utentes que frequentavam consultas de médicos de cuidados primários (Williams et al., 1996). Também tem sido utilizados em estudos de cessação tabágica na adolescência (Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999) na cessação tabágica de adultos (Williams, Gagne, Ryan & Deci, 1999, *cit in* Williams et al., s.d), na melhoria da dieta e exercício físico regular (Williams, Freedman, & Deci, 1998), entre vários outros estudos.

Existe também uma forma abreviada do QPCAT que inclui seis dos 15 itens, que é a usada neste estudo. No presente estudo o *alpha de Cronbach* foi de 0.91, confirmando uma muito boa consistência interna. A forma curta com 6 itens é apresentado para os mesmos três comportamentos de saúde, tal como para o TSRQ e o ECP, sendo utilizados neste estudo novamente para o exercício e para a dieta. Tal como nos questionários anteriores a escala de resposta é de 1 (afirmação nada verdadeira) a 7 (afirmação totalmente verdadeira). O resultado obtém-se através da média da pontuação obtida em cada um dos 6 itens.

No que se refere à avaliação da adesão ao tratamento da HTA, as diferentes formas de medida da adesão, usualmente utilizadas, tendem a sobrestimar a adesão e subestimar a não adesão. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o modo mais adequado para estudar a adesão, será uma abordagem que combine medidas de auto-relato e medidas objetivas razoáveis (WHO, 2003). Também Pereira e Silva (2002) referem no seu estudo a necessidade de se utilizar outras medidas de adesão, para além da adesão à medicação, no caso, de forma a ser mais abrangente e realçar a diferente natureza das diferentes atribuições de sintomas. Tendo isso em conta, foi adaptada a Escala de Autocuidado com a Diabetes (Bastos, Severo & Lopes, 2007) à população com HTA, nomeadamente relativamente à alimentação, exercício físico, consumo de álcool e hábitos tabágicos e utilizado o Questionário de auto-relato de *Morisky-Grenn* para avaliar a adesão à medicação no tratamento para a HTA. Esta adaptação foi realizada com o objetivo da avaliação da adesão tendo em conta os vários aspetos do tratamento à HTA, isto e a sua multidimensionalidade e que fosse fácil de aplicar e com fidelidade. No que se refere à Escala de Autocuidado com a Diabetes a Sub escala Alimentação Geral não sofreu alterações, uma vez que se refere a hábitos alimentares não específicos a nenhuma patologia. Esta é constituída por 3 itens e o resultado é obtido pela média destes expressos em dias por semana e apresentou um *alfa de*

Cronbach de 0.61. A Sub escala sobre Alimentação Específica foi alterada tendo por base o Questionário de Adesão às recomendações para o Tratamento da Hipertensão de Sousa (2005). Esta é constituída por 8 itens e o resultado é obtido pela média destes e são expressos em dias por semana. A subescala sobre Atividade Física e subescala sobre Hábitos Tabágicos foram mantidas. A primeira é constituída por 2 itens e o resultado é obtido pela média destes expressos em dias por semana e apresentou neste estudo um *alfa de Cronbach* de 0.70. A segunda é constituída por 3 itens.

Para a avaliação da adesão à medicação foi utilizado o Questionário de Auto-Relato de *Morisky-Grenn* que consiste em 4 perguntas acerca da medicação que toma, acerca do descuido e cessamento do tratamento em caso de melhoras ou deterioração dos sintomas. Os utentes são divididos em 3 categorias: alta, média e baixa adesão com base nas suas respostas. Para uma adequada análise estatística classificam-se os grupos de alta adesão (4 respostas negativas) como aderentes, e as categorias de média e baixa adesão (3 ou menos respostas negativas) como não aderentes. Este teste tem demonstrado validade preditiva e consistente no que diz respeito ao controlo da HTA (Morisky, Green & Levine, 1986). O *alpha* do presente estudo foi de 0.34.

Foram também preenchidos alguns dados pelos profissionais de saúde relativos ao utente, nomeadamente, qual a sua perceção do grau de adesão ao tratamento por parte do utente, bem como o valor das suas últimas três avaliações de Tensão Arterial e Índice de Massa Corporal. Para a determinação dos níveis de TA e do IMC, foram tidas em conta as classificações da OMS.

Vários foram os estudos que levaram ao desenvolvimento por Weinman, Petrie, Moss-Morris e Horne (1996) de uma medida para avaliar quantitativamente as dimensões sob as quais as representações de doença se organizam: O “Illness Perception Questionnaire” IPQ, revisto mais tarde por Moss- Morris et al. (2002). O IPQ-R avalia as crenças acerca da doença, tem 22 questões e mede nove componentes cognitivos e emocionais definidos como: identidade, causa, linha de tempo agudo/crónico, linha de tempo cíclica, consequências, controlo pessoal, controlo do tratamento, coerência e representação emocional. A cada questão corresponde uma escala de Likert de 5 pontos desde o total desacordo ao total acordo. A pontuação para cada componente é tomada como a média das questões relevantes para a componente, como descrito pelos autores. Pontuações mais altas indicam uma forte resposta emocional, a perceção de que a doença é crónica, que tem consequências graves e que é possível o controlo ou cura (Ross et al., 2004). No presente estudo é analisado as representações emocionais, consequências, controlo do tratamento e a compreensão da doença. O IPQ-R tem demonstrado uma boa consistência interna assim

como uma aceitável confiabilidade do teste e pós-teste (Moss & Weinman, 2002). No presente estudo demonstra um *alfa de Cronbach* de 0.81, o que indica uma boa consistência interna.

O BMQ proporciona uma avaliação quantitativa das crenças dos utentes acerca da sua medicação. Este é composto por 18 perguntas usando escalas de Likert de cinco pontos, desde o total desacordo ao total acordo. Os primeiros 10 itens (BMQ específico) avaliam as crenças sobre a necessidade da medicação e preocupações acerca da medicação prescrita baseada nas crenças de perigo de dependência e toxicidade a longo prazo entre outros problemas causados pela medicação. As restantes oito perguntas (BMQ geral) são sobre as crenças acerca da medicação em geral. No presente estudo apenas se vai usar o BMQ específico. As pontuações são tomadas a partir da soma de respostas para todas as questões. Pontuações mais altas significam acordo com o conceito de necessidade, altos níveis de preocupação significam acordo com a ideia de que os medicamentos são nocivos ou em demasia. (Ross et al., 2004). As medidas de consistência interna e de confiabilidade do teste e pós-teste tem-se demonstrado aceitáveis assim como a validade discriminativa e a relacionada com os critérios (Horne, Weinman & Hankins, 1999). No presente estudo apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.80 (0.87 para o BMQ necessidade da medicação e 0.80 BMQ preocupação com a medicação), o que demonstra uma boa consistência interna.

Existem várias medidas para a avaliação da qualidade de vida. No presente estudo vamos focar-nos no SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*), questionário de saúde reduzido que se baseia na percepção dos indivíduos sobre a sua própria saúde. O SF-36 na sua versão 1.0, é hoje assumido por duas organizações, a RAND e a Medical Outcomes Trust (MOT), sendo designada por RAND 36 *Item Healthy Survey* 1.0 pela primeira e SF-36® ou SF-36 *Health Survey*. Ambas apresentam exatamente os mesmos itens, com a mesma forma de resposta, agrupando-os exatamente nas mesmas dimensões, variando ligeiramente no modo de cotar as dimensões, apesar de a correlação entre as notas produzidas com os dois modos de cotação esteja perto de 1. Os 36 itens da SF-36 distribuem-se por oito dimensões (Funcionamento Físico; Desempenho Físico; Dor Corporal; Percepção geral de Saúde; Vitalidade; Funcionamento Social; Desempenho Emocional; Saúde Mental) mais um item de Transição de Saúde. As oito dimensões associam-se em dois grandes componentes: Componente Físico e Componente Mental, sendo que, cada um destes componentes agrupa quatro das dimensões referidas. O número de itens por dimensões e a definição das dimensões referidas são apresentadas no quadro do anexo 10, de acordo com Ware e col. (1993, *cit in* Ribeiro, 2005).

No que se refere à cotação, os itens e escalas do SF-36 são cotados de tal modo que à nota mais elevada corresponde uma melhor percepção do estado de saúde. Após introduzir os dados, os itens e as escalas são cotados em três passos: 1. Recodificação dos 10 itens do SF-36 que requerem recodificação; 2. Cálculo das notas das escalas somando os itens que pertencem à mesma escala (notas brutas das escalas); 3. Transformação das notas brutas numa escala de 0-100.

A escala foi adaptada para Portugal por Ribeiro (2005) chegando à conclusão que a versão portuguesa do SF-36 tem padrões semelhantes às dos restantes países participantes no projeto IQOLA que adaptam esta versão, e que é um instrumento adequado enquanto teste de avaliação da percepção do estado de saúde. Seguidamente apresenta-se os *alfa de Cronbach* do presente estudo: funcionamento físico 0.92, desempenho físico 0.87, dor corporal 0.86, saúde geral 0.77, vitalidade 0.85, saúde mental 0.79, funcionamento social 0.60 e para o desempenho emocional 0.83, o que demonstra uma boa consistência interna.

Pretendeu-se também realizar uma recolha complementar de dados que incluiu: idade, género, escolaridade, estado civil, profissão, estabelecimento de saúde, se tem outras doenças, onde costuma comer, peso, local das refeições, stresse, com quem vive, se é acompanhado em mais algum sítio. Estas variáveis descrevem a amostra em aspetos relevantes para os objetivos do estudo e algumas delas sendo utilizadas como variáveis independentes.

5.2.3 Procedimento

De forma a explorar a opinião dos utentes acerca das suas motivações, realizou-se uma pergunta aberta (O que o motiva a ter uma alimentação equilibrada?) a 13 utentes da Unidade de Saúde de Santos Pousada no decorrer da Consulta de Enfermagem de Hipertensos e Diabéticos da respetiva Unidade de Saúde, tendo sido realizada por duas enfermeiras nas suas respetivas consultas. Foram vários os motivos apresentados pelos utentes, sendo a grande maior o “querer ter melhor saúde”.

O plano de estudo, incluindo os seus objetivos, instrumentos e formulário de consentimento informado foi entregue à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte) com um pedido de autorização (cf. Anexo 2), tendo sido obtido o parecer favorável da Comissão de Ética (cf. Anexo 4). Depois de informados os responsáveis pelas unidades de saúde e pedida a colaboração de um profissional de cada unidade (cf. Anexo 5) deu-se início à recolha de dados.

Os utentes com HTA que se dirigiram às diferentes unidades, na sua grande maioria para consultas de enfermagem ou médicas, compareceram habitualmente na sala de espera, onde lhes era pedido pela investigadora, por outros profissionais de saúde das unidades ou voluntários que ajudaram na investigação, se queriam participar no estudo apresentando o consentimento informado (cf. Anexo 3), no qual se explicava o objetivo do estudo e as condições da participação.

Posteriormente, procedia-se à recolha de dados demográficos, bem como os instrumentos (pela ordem QAR, ECP, QPCAT, Auto-relato adesão, IPQ-R, BMQ e SF36).

A administração do instrumento decorreu nos gabinetes ou na sala de espera das unidades de saúde referidas. Depois de preenchido o questionário pelo doente (exceto no caso de não puderem ler ou escrever, caso em que tinham a ajuda de quem estivesse a recolher os dados), era pedido ao profissional de saúde que preenchesse a parte respetiva do questionário, inserindo os valores de TA e IMC que se encontravam registados no programa SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem) ou SAM (sistema de apoio médico), utilizados nas unidades. Em alguns casos (aproximadamente 30), devido a escassez de tempo, foi autorizado que alguns utentes levassem o questionário para casa e trouxessem nos dias seguintes. A duração média da aplicação de cada questionário foi de 15 a 30 min, uma vez que grande parte da população era idosa e apresentava algumas dificuldades em ler.

A recolha de dados teve início em Julho de 2011 e terminou em Agosto de 2012.

6. Apresentação dos resultados

Nesta secção são apresentados os resultados obtidos através das análises efetuadas.

Para tal foram introduzidos os dados numa matriz do SPSS (versão 19.0) de forma a poder-se realizar as análises necessárias.

6.1 Caracterização da motivação, adesão e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com HTA

6.1.1 Motivação para o tratamento

No Quadro 1 apresentam-se os resultados relativos à regulação autónoma, regulação controlada e amotivação, dos participantes, bem como a sua competência percebida para o tratamento e as suas percepções acerca do ambiente terapêutico.

Quadro 1

Análise descritiva dos Fatores Motivacionais

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Regulação: autónoma	6.46	0.83	2,67	7	112
Controlada	4.55	1.62	1	7	105
Amotivação	3.22	1.71	1	7	111
Competência Percebida	5.46	0.88	3.33	7	104
Ambiente terapêutico	5.95	1.22	1.67	7	112

Podemos verificar que a subescala com o valor de média mais elevada foi a regulação autónoma, especialmente tendo em conta o valor máximo da escala (7). A subescala de amotivação apresenta o valor mais baixo das três subescalas de regulação comportamental.

O índice de autonomia relativa (IAR) apresenta um valor de +1.85 (DP=1.59, Min=-3, Max.=6), isto é, um valor médio positivo. Para além disso 96% dos sujeitos tiveram valores positivos, 3% negativo e 1% obteve zero.

A escala de competência percebida (E.C.P.) apresenta uma média elevada, tendo em conta o valor máximo da escala (7). Se tivermos em conta separadamente cada um dos domínios, exercício M=3,82 (DP=2.06), consumo de sal M=5.71 (DP=1.47), consumo de gordura M=5.47 (DP=1.54), consumo de café M=6.30 (DP=1.16); toma da medicação M=6.78 (DP=0.61) e controlo de peso M=4.83 (DP=1.81), a competência percebida para o exercício é a mais baixa e a competência percebida para a medicação e a mais elevada.

Relativamente à percepção do cliente sobre o ambiente terapêutico (Q.P.C.A.T), esta apresenta um valor médio elevado.

No que se refere à percepção da doença podemos verificar no Quadro 2 que todas as variáveis apresentam médias elevadas, tendo em conta que os máximos atingidos são os máximos de cada variável, respetivamente. Pontuações elevadas indicam uma forte resposta emocional à doença, percepção de que a doença é crónica, que tem consequências graves, que é possível o seu controlo ou cura e que à elevada compreensão da doença. É de ressaltar que o controlo de tratamento e a compreensão da doença são as que tem as médias mais elevadas.

Quadro 2

Análise descritiva das medidas de percepção da doença (IPQ-R)

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Representação emocional	3.55	0.92	1.20	5	111
Consequências	3.08	0.85	1	5	110
Controlo pessoal	3.78	0.75	1	5	112
Controlo do tratamento	4.32	0.64	1	5	112
Compreensão ou coerência	4.20	0.98	1	5	116

Tendo em conta o Quadro 3 podemos verificar uma elevada percepção da necessidade da medicação para manter ou melhorar a saúde, bem como uma elevada percepção acerca dos potenciais efeitos adversos da medicação para HTA. Contudo o valor da necessidade é bastante superior ao da preocupação.

Quadro 3

Análise descritiva das medidas de percepção acerca dos medicamentos (BMQ)

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Necessidade	20.50	3.48	5	25	112
Preocupação	15.45	4.58	5	25	108

6.1.2 Adesão ao tratamento

Para avaliar a adesão dos utentes foram utilizadas várias medidas, como referido na metodologia, entre as quais o auto-relato dos utentes através da escala de atividades de autocuidado com a hipertensão, o relato dos profissionais de saúde e dados diretos como os valores de tensão arterial e o índice de massa corporal.

No auto-relato podemos verificar no Quadro 4, que a adesão à alimentação geral e a adesão à alimentação específica é elevada tendo em conta o valor máximo (7 dias). Por outro lado, a adesão à atividade física apresenta um valor baixo. No auto-relato de adesão aos medicamentos verifica-se que 49.1% tem uma adesão alta, 29.1% tem uma média adesão e 19.7% tem uma baixa adesão. Assim, a média encontra-se ligeiramente acima da média adesão e menos de metade da amostra apresenta uma adesão elevada.

Quanto ao relato dos profissionais de saúde, podemos verificar que a média da adesão (de 1 a 5) apresenta um valor alto. Sendo a percentagem dos que apresenta acima de

3 (adesão parcial) é de 65%. Mais especificamente o profissional de saúde refere que 32 (27.8%) dos doentes não praticam qualquer atividade física e apenas 50.3% pratica mais de 3 vezes por semana, que 50 (46.6%) não consome café, que apenas 46 (40%) consome comida com pouco sal, apenas 43 (37.4%) consome comida com pouca gordura, 43 (37.7%) consome sempre legumes e fruta e 39 (33.9%) apresenta o peso normal. Refere ainda que 105 (92.9%) não fuma, 59 (51.8%) não bebe qualquer tipo de bebida alcoólica e 27 (23.3%) está sempre ou quase sempre stressado.

A média dos valores de TA fica muito perto da hipertensão em grau reduzido (2), sendo 41.9% os que apresentam TA normais e o IMC apresenta uma média que se enquadra na obesidade em grau reduzido (entre os 25 e os 30), sendo que apenas 34.5% apresenta um IMC dentro do normal.

Quadro 4

Análise descritiva das medidas de adesão ao tratamento

Variáveis	M	DP	Min.	Máx	N	% adesão
Adesão à alimentação geral	4.83 ¹	1.72	0	7	112	74.1
Adesão à alimentação específica	5.45 ¹	0.95	0.88	7	107	94.4
Adesão à atividade física	2.70 ¹	2.46	0	7	113	41.6
Adesão aos medicamentos	3.23	0.90	1	4	112	49.1
Relato de adesão do prof. de saúde	3.73	0.87	2	5	116	65
Dados diretos: Tensão Arterial	1.91	0.95	1	4	116	41.9
Dados diretos: IMC	27.30	4.33	19	39	110	34.5

6.1.3 Qualidade de vida

Podemos verificar no Quadro 5 que os valores das médias, tendo em conta os seus respetivos máximos, estão em níveis elevados, mas comparativamente aos valores normativos do estudo realizado por Ribeiro (2005) com uma população com doenças crónicas, estão todos os valores um pouco abaixo das médias do estudo. Assim, de uma forma geral, grande parte dos inquiridos apresenta uma saúde física, social e mental boa.

Quadro 5

Análise descritiva das medidas de avaliação da qualidade de vida (SF-36)

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Funcionamento Físico (FF)	62,34	28,50	0	100	111
Desempenho Físico (DF)	56,53	42,47	0	100	111
Dor Corporal (DC)	53,71	27,85	0	90	113
Saúde Geral (SG)	51,52	19,23	10	97	113
Vitalidade (VT)	48,52	15,66	0	75	105
Funcionamento Social (FS)	72,16	26,32	0	100	110
Desempenho Emocional (DE)	66,67	40,83	0	100	109
Saúde Mental (SM)	59,51	22,04	12	100	107

¹ Medida expressa em dias por semana

6.2 Análise das relações intra-constructo na adesão ao tratamento

Para as seguintes análises foi utilizado a correlação de *Person*.

Em geral, como podemos ver no quadro 6 não há relações muito fortes entre as várias medidas de adesão. Como podemos verificar no quadro seguinte, o relato do profissional de saúde apresenta correlações significativas com todas as variáveis menos com a alimentação específica. O auto-relato de adesão à alimentação geral correlaciona-se significativamente com o auto-relato de adesão de atividade física, de adesão à medicação e com o relato de adesão do profissional de saúde. O IMC relaciona-se positivamente com a TA, isto é quanto mais elevada a TA mais elevado o IMC.

Assim: quanto mais elevada a avaliação de adesão do profissional de saúde mais elevada a adesão em todas as outras variáveis e quanto mais elevada a adesão à alimentação geral, mais elevada a adesão à atividade física e ao medicamento.

Quadro 6

Correlações entre as diferentes medidas de adesão

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Adesão alimentação geral							
2. Adesão alimentação específica	-0.007						
3. Adesão à atividade física	0.192*	-0.148					
4. Adesão aos medicamentos	0.238*	0.159	0.111				
5. Relato de adesão do prof. de saúde	0.389**	0.181	0.285**	0.282**			
6. Dados diretos: Tensão Arterial	-0.064	0.035	-0.150	0.049	-0.336**		
7. Dados diretos: IMC	-0.165	0.082	-0.170	-0.045	-0.279**	0.189*	

Nota. * p<0.05; ** p<0.01

6.3 Determinantes motivacionais na adesão terapêutica

Para as seguintes análises foi utilizado a correlação de *Person*.

Como podemos ver no Quadro 7 quanto maior a autonomia percebida, maior a adesão à alimentação geral ($p<0.001$) e aos medicamentos ($p=0.008$) e o nível de regulação controlada também se relaciona positiva e significativamente com a adesão à alimentação geral ($p=0.026$).

A amotivação e o índice de autonomia relativa não se encontram relacionados de forma estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis de adesão.

A competência percebida apresenta relações significativas com quase todas as dimensões da adesão: com a adesão à alimentação geral ($p<0.001$), a atividade física ($p=0.001$), os medicamentos ($p=0.022$), o relato do profissional de saúde acerca da adesão ($p<0.001$) e o IMC ($p=0.001$).

No que se refere ao ambiente terapêutico, quanto mais este é percebido como estimulador da autonomia, maior é a adesão a uma alimentação saudável ($p < 0.001$). É importante ter em conta que, no que se refere à relação com a regulação autónoma, quanto mais autónomo é percebido o ambiente mais elevada é a regulação autónoma ($r = 0.365^{**}$, $p < 0.001$). Quanto mais elevada a regulação autónoma mais elevada a competência percebida ($r = 0.332^{**}$, $p < 0.001$).

Quadro 7

Correlação entre as variáveis Motivacionais da SDT e a Adesão Terapêutica

Variáveis	1. RA	2. RC	3. AM	4. IAR	5. E.C.P	6. QPCAT
Adesão alimentação geral	0.400^{**}	0.220[*]	-0.060	-0.029	0.539^{**}	0.383^{**}
Adesão alimentação específica	0.055	-0.032	-0.165	0.072	0.172	0.032
Adesão atividade física	0.005	0.072	-0.056	-0.078	0.326^{**}	0.152
Adesão medicamentos	0.253^{**}	0.170	-0.102	-0.020	0.226^{**}	0.011
Relato adesão prof. de saúde	0.103	0.182	-0.110	-0.142	0.452^{**}	0.096
Dados diretos: TA	-0.052	-0.083	0.091	0.029	-0.107	-0.071
Dados diretos: IMC	-0.065	-0.147	0.056	0.125	-0.335^{**}	-0.173

Nota. 1. Média Regulação Autónoma (Q.A.R.); 2. Média Regulação Controlada (Q.A.R.); 3. Média Amotivação (Q.A.R.); 4. Índice de Autonomia Relativa; 5. Média Escala de Competência Percebida; 6. Média Perceção do Ambiente Terapêutico.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Observando o Quadro 8, podemos verificar que não existem relações estatisticamente significativas entre a representação emocional da doença, a perceção das consequências da doença como negativas, a perceção da necessidade e da preocupação acerca dos medicamentos e as variáveis motivacionais.

Quanto maior for o controlo pessoal da doença maior é a adesão à alimentação geral ($p < 0.001$), à atividade física ($p = 0.007$) e menor é o IMC ($p = 0.036$). Quanto à perceção do controlo do tratamento, quanto melhor é a adesão à alimentação geral ($p = 0.002$). Quanto maior a compreensão da doença maior a adesão a uma alimentação saudável ($p < 0.001$) e à medicação prescrita.

Com base nas associações acima descritas, procedeu-se a uma análise que fornecesse indicadores mais próximos da influência ou poder preditivo das variáveis motivacionais sobre a adesão.

Seguidamente, no Quadro 10 apresentam-se os resultados das análises de variância - regressão linear. Para tal teve-se em conta: o tamanho da amostra, que segundo Pallant (2005) deve ser $50 + 8m$ (em que m é o número de variáveis independentes); a multicolineariedade; a existência de *outliers*; a normalidade; linearidade; etc. Tendo em conta as variáveis com que as medidas de adesão se encontram correlacionadas, realizou-se uma regressão linear utilizando o método *Enter*. Pallant (2005) recomenda valores de

correlação igual ou superior a 0,3, no entanto em alguns casos foram usados valores mais baixos quando apresentavam especial relevância conceptual ou prática.

Quadro 8

Correlação entre as variáveis Motivacionais de Leventhal e a Adesão Terapêutica

Variáveis	1. RE	2. Cons	3. CP	4. CT	5.Comp	6. Nec	7. Pre
Adesão alimentação geral	-0.043	-0.155	0.348**	0.290**	0.337**	0.061	-0.013
Adesão alimentação específica	-0.083	-0.148	-0.038	0.175	0.128	0.149	0.049
Adesão atividade física	-0.091	-0.104	0.257**	0.147	0.076	0.068	-0.168
Adesão Medicamentos	-0.023	-0.102	0.131	0.144	0.211*	0.153	-0.042
Relato adesão prof. de saúde	-0.167	-0.138	0.108	0.041	0.159	0.062	-0.112
Dados diretos: TA	0.011	-0.065	-0.178	0.069	-0.052	-0.34	0.106
Dados diretos: IMC	0.035	-0.027	-0.205*	-0.062	-0.008	-0.161	-0.040

Nota. 1. Média Representação emocional (IPQ-R); 2. Média Consequências (IPQ-R); 3. Média Controlo Pessoal (IPQ-R); 4. Média Controlo Tratamento (IPQ-R); 5. Média Compreensão ou Coerência (IPQ-R); 6. Média Necessidade (BMQ específico); 7. Média Perceção (BMQ específico)

* p< 0.05; ** p< 0.01

No quadro seguinte, as variáveis entram no modelo tendo em conta os critérios referidos anteriormente. Todas as variáveis de adesão apresentavam uma distribuição normal e não apresentam *outliers*, pelo que foram aceites no modelo.

Como podemos verificar pelo R² ajustado, as variáveis motivacionais explicam 35.3% da adesão a alimentação geral, o que é um valor alto. Apresenta também valores consideráveis nas outras variáveis de adesão, sendo que a média da escala da competência percebida, apresenta sozinha valores elevados e significativos na explicação da adesão.

Quadro 9

Análise da regressão multivariada entre as variáveis de adesão e as de motivação

Variáveis	1. RA	2.RC	3. E.C.P	4.QPCAT	5. CP	6.CT	7.Comp	R ² %	R ² adj %
AG	β=0.14	β=0.11	β=0.37**	β=0.08	β=0.13	β=0.07	β=0.04	40	35.3
AF			β=0.27*		β=0.18			13.8	12
RPS			β=0.45**					20.4	19.6
IMC			β=-0.30*		β=0.12			12.7	10.8

Nota. 1. Média Regulação Autónoma (Q.A.R.); 2. Média Regulação Controlada (Q.A.R.); 3. Média Escala de Competência Percebida; 4. Média Perceção do Ambiente Terapêutico; 5. Média Controlo Pessoal (IPQ-R); 6. Média Controlo Tratamento (IPQ-R); 7. Média Compreensão ou Coerência (IPQ-R); AG- adesão à alimentação geral; AF – adesão à atividade física; RPS – relato de profissional de saúde sobre a adesão.

* p< 0.05; ** p< 0.01

6.4 Análise das relações entre adesão e qualidade de vida

Observando o Quadro 10 a alimentação geral, a atividade física, a adesão à medicação e o relato do profissional de saúde encontram-se relacionadas com as variáveis de qualidade de vida. Ou seja, quanto maior a adesão à alimentação geral maior a vitalidade (p=0.040). Quanto maior a adesão à atividade física melhor a percepção do funcionamento físico

($p=0.001$), da saúde geral ($p=0.001$) e da vitalidade ($p=0.003$). Quanto maior a adesão aos medicamentos melhor a percepção da saúde mental ($p=0.014$). Quanto melhor o relato do profissional de saúde acerca da adesão do cliente, melhor a percepção da saúde mental ($p=0.026$).

Quadro 10

Correlação entre Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida

Variáveis	1. AG	2. AE	3. AF	4. AM	5.RPS	6. TA	7.IMC
Funcionamento Físico	-0.007	-0.156	0.310**	0.027	0.102	-0.110	-0.67
Desempenho físico	0.038	-0.081	0.101	0.140	-0.028	0.024	0.060
Dor corporal	0.040	0.056	0.149	0.149	0.094	0.004	-0.031
Saúde geral	-0.177	-0.123	0.297**	0.038	0.014	0.008	-0.040
Vitalidade	0.205*	0.006	0.289**	0.121	0.111	-0.038	0.007
Funcionamento Social	-0.068	0.174	0.070	0.019	0.030	-0.030	0.109
Desempenho Emocional	0.012	0.033	0.005	0.093	0.048	-0.064	-0.067
Saúde Mental	0.081	-0.020	0.180	0.218*	0.238*	-0.107	-0.040

Nota. 1 Adesão à alimentação geral; 2. Adesão à alimentação específica; 3 adesão à atividade física; 4. Adesão aos medicamentos; 5. Relato de adesão do profissional de saúde; 6. Dados diretos: tensão arterial; 7. Dados diretos: IMC

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

Foi realizada uma regressão linear, como podemos ver no quadro seguinte, com as mesmas condições referidas anteriormente. As variáveis de saúde geral, vitalidade e saúde mental correspondem a estas condições. O modelo explica respetivamente 5.5%, 6.1% e 5.8%, o que não são valores muito elevados. A adesão à atividade física apresentando valores de β de 0.252 e 0.236 para a saúde geral e vitalidade, respetivamente, sendo uma participação nos modelos significativa. Também a adesão ao medicamento apresenta uma participação significativa no modelo que integra.

Quadro 11

Análise da regressão multivariada entre qualidade de vida e variáveis de adesão

Variáveis	1.AG	2. AF	3.AM	4. RPS	R ² %	R ² adj %
Saúde geral		0.252**			6.3	5.5
Vitalidade	0.114	0.236*			8.0	6.1
Saúde mental			0.196*	0.160	7.7	5.8

Nota.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

6.4 Determinantes motivacionais na qualidade de vida

Como podemos observar no Quadro 12 a competência percebida é a variável que mais se relaciona de forma significativa com as variáveis de qualidade de vida.

Quadro 12

Correlação entre Variáveis Motivacionais SDT e Qualidade de Vida

Variáveis	1.RA	2.RC	3.AM	4.IAR	5.ECP	6. QPCAT
Funcionamento Físico	0.015	-0.034	-0.085	0.037	0.216*	-0.062
Desempenho físico	0.132	0.090	-0.126	-0.041	0.143	0.110
Dor corporal	0.012	0.004	-0.101	-0.011	0.220*	0.049
Saúde geral	0.076	-0.062	-0.067	0.101	0.339**	0.174
Vitalidade	0.093	0.073	-0.026	-0.038	0.294**	0.096
Funcionamento Social	0.218*	0.025	-0.156	0.081	0.109	-0.019
Desempenho Emocional	0.040	0.045	-0.232*	-0.040	0.118	0.028
Saúde Mental	0.029	-0.035	-0.315**	0.018	0.219*	0.022

Nota. 1. Média Regulação Autônoma (Q.A.R.); 2. Média Regulação Controlada (Q.A.R.); 3. Média Amotivação (Q.A.R.); 4. Índice de Autonomia Relativa; 5. Média Escala de Competência Percebida; 6. Média Percepção do Ambiente Terapêutico.

* p<0.05; ** p<0.01

No que se refere ao Quadro 13, o controlo do tratamento da HTA é a que mais se relaciona de forma positiva e significativamente com as variáveis de qualidade de vida, como também a necessidade do medicamento, mas de forma negativa.

Quadro 13

Correlação entre Variáveis Motivacionais de Leventhal e Qualidade de Vida

Variáveis	1. RE	2. Cons	3.CP	4.CT	5.Comp	6.Nec.	7. Pre
FF	-0.016	-0.207*	0.218*	0.149	0.114	-0.312**	-0.227*
DF	-0.028	-0.078	0.255**	0.249**	0.177	-0.269	-0.090
DC	-0.117	-0.184	0.141	0.143	-0.030	-0.223	-0.178
SG	-0.108	-0.264**	0.185	0.286**	0.113	-0.283**	-0.316**
VT	-0.084	-0.136	-0.236*	0.092	0.068	-0.204*	-0.127
FS	-0.091	-0.146	0.079	0.213*	0.139	-0.096	-0.096
DE	-0.206*	-0.186	0.169	0.245**	0.128	-0.216*	-0.160
SM	-0.319**	-0.294**	0.189	0.276**	0.175	-0.259**	-0.243*

Nota. FF-funcionamento físico; DS-desempenho físico; SG-saúde geral; VT-vitalidade; FS-funcionamento social; DE-desempenho social; SM-saúde mental; 1. Média Representação emocional (IPQ-R); 2. Média Consequências (IPQ-R); 3. Média Controlo Pessoal (IPQ-R); 4. Média Controlo Tratamento (IPQ-R); 5. Média Compreensão ou Coerência (IPQ-R); 6. Média Necessidade (BMQ específico); 7. Média Percepção (BMQ específico).

* p<0.05; ** p<0.01

Realizou-se uma regressão linear, como podemos ver no quadro seguinte, com as mesmas condições das anteriores. As variáveis de funcionamento físico, desempenho físico, saúde geral, vitalidade e saúde mental correspondem a estas condições. O modelo explica respetivamente 10.4%, 15.6%, 24.8%, 9.4% e 27.4%, sendo algum dos valores bastante consideráveis. A necessidade do medicamento apresenta valores de β significativos para o funcionamento físico, saúde geral e saúde mental sendo uma participação no modelo significativa. Também a competência percebida e o controlo do tratamento apresentam participações significativas nos modelos que integram.

Quadro 14

Análise da regressão multivariada entre qualidade de vida e variáveis motivacionais

Variáveis	1.AM	2.ECP	3.RE	4.Cons	5.CP	6.CT	7.Nec	8.Per	R ² %	R ² adj %
FF							$\beta=-0.27^*$	$\beta=-0.16$	12.2	10.4
DF				$\beta=0.18$	$\beta=0.20^*$	$\beta=-0.30^{**}$			17.9	15.6
SG		$\beta=0.35^{**}$		$\beta=-0.03$			$\beta=-0.24^*$	$\beta=0.25^*$	27.9	24.8
VT		$\beta=0.24^*$			$\beta=0.17$				11.3	9.4
SM	$\beta=-0.10$		$\beta=-0.24^*$	$\beta=-0.15$		$\beta=0.34^{**}$	$\beta=-0.22^*$	$\beta=-0.05$	31.7	27.4

Nota. FF-funcionamento físico; DF-desempenho físico; SG-saúde geral; VT-vitalidade; SM-saúde mental; 1. Média Amotivação; 2. Média Escala de Competência Percebida; 3. Média representação emocional (IPQ-R.); 4. Média consequências da doença (IPQ-R.); 5. Média do Controlo Pessoal (IPQ-R.); 6. Média Controlo Tratamento (IPQ-R.); 7. Média Necessidade do medicamento (BMQ); 8. Média Preocupação com o medicamento (BMQ).

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

6.5 Influência de alguns fatores individuais e sociais na motivação, adesão, e qualidade de vida

Seguidamente, apresentam-se os resultados de análises de variância entre as variáveis de adesão e as variáveis individuais, usando a One-Way ANOVA (utilizando-se o teste *Tukey HSD* para averiguar entre que grupos de cada variável se situavam as diferenças encontradas). Recorreu-se ao *t-test* para amostras independentes para o género, idade, com quem vive, se é acompanhado no hospital e dificuldades de acesso calculando-se em ambos os testes o *eta squared* para determinar o *effect size* do resultado.

Para a idade dividimos a amostra em dois grupos: até aos 65 anos e dos 65 em diante, uma vez que se trata da idade da reforma, tal como realizado noutros estudos (Williams et al., 2009).

6.5.1 Motivação

No que se refere ao género, as mulheres apresentam mais motivação autónoma do que os homens e relativamente à idade os adultos idosos apresentam maior perceção da necessidade do medicamento do que os adultos.

Relativamente ao estado civil os profissionais de saúde referem maior adesão aos solteiros e viúvos do que a outros estados civis (divorciados, etc.)

No que respeita à escolaridade a amotivação é mais elevada para os doentes sem escolaridade dos que os com o 2º ciclo e ensino universitário; a perceção das consequências da doença é mais elevada para os com o 1º e 2º ciclo do que com o ensino universitário; a perceção da compreensão da doença é menor nos doentes sem escolaridade, do que em

qualquer outro nível acadêmico; e a percepção da necessidade do medicamento é maior nos doentes com o 1º ciclo do que os com o ensino universitário. Relativamente ao NSE o nível C3 apresenta uma pior percepção das consequências da doença do que o C1 e este apresenta uma menor percepção da necessidade do medicamento do que o C2 e o D+E.

No que concerne ao acompanhamento em consulta no hospital os resultados mostram que os doentes acompanhados na consulta no hospital apresentam menor índice de autonomia relativa do que os que não são acompanhados.

Quanto à dificuldade no acesso a produtos alimentares adequados os doentes com maior dificuldade apresentam maior preocupação com o medicamento. Os doentes com maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde apresentam mais amotivação. Os doentes que referem dificuldades físicas apresentam menos competência percebida e maior percepção das consequências da doença e da necessidade do medicamento do que os que não tem dificuldades físicas.

6.5.2 Adesão

Relativamente ao género, as mulheres aderem mais do que os homens e quanto à idade os adultos apresentando maior IMC que os que os adultos idosos.

Relativamente ao estado civil os solteiros apresentam uma melhor representação emocional da doença do que os outros (divorciados, etc.), bem como uma menor percepção da necessidade do medicamento do que os casados e viúvos.

Referente ao NSE os do nível C1 aderem mais do que os do nível C2 e relativamente a com quem vive, os doentes que vivem com os filhos aderem menos à medicação do que os que vivem com marido/esposa ou outros 4 (outros: marido/esposa e filhos, etc.).

Os doentes com dificuldade de acesso à medicação apresentam maiores valores de TA do que os que não apresentam. Os com dificuldades físicas apresentam menor adesão à atividade física do que os que não têm.

6.5.3 Qualidade de vida

Relativamente ao género, as variáveis de qualidade de vida os resultados mostram que os homens referem um melhor desempenho físico, emocional e saúde mental do que as mulheres e percecionam mais a dar corporal do que as mulheres e os adultos apresentam melhor funcionamento e desempenho físico do que os adultos idosos.

Relativamente ao estado civil, as variáveis de qualidade de vida os resultados mostram que os solteiros apresentam melhor funcionamento físico, saúde geral, desempenho emocional e saúde mental do que os viúvos e melhor saúde geral, desempenho emocional e saúde mental do que os outros. Os casados apresentam melhor funcionamento físico do que os viúvos e melhor desempenho emocional do que os viúvos e os outros.

Relativamente à escolaridade, as variáveis de qualidade de vida os resultados demonstram que os doentes com o 1º ciclo apresentam pior funcionamento físico que os do ensino secundário e apresentam pior funcionamento físico, saúde geral e vitalidade do que os do ensino universitário. E os doentes sem escolaridade apresentam pior funcionamento social do que os do 1º e 3º ciclos e ensino secundário. E quanto ao NSE os resultados indicam que o nível C1 apresentam melhor funcionamento e desempenho físico, saúde geral e vitalidade que o nível D+E; o nível C2 apresenta melhor desempenho físico que o D+E; e o nível C1 apresenta menor dor corporal que o D+E.

Relativamente a ter outras doenças ou não os resultados indicam que os doentes hipertensos que não apresentam outras doenças apresentam melhor funcionamento e desempenho físico e funcionamento social, apresentando também menor perceção da dor corporal.

De uma forma geral, os doentes com dificuldades de acesso à medicação apresentam pior funcionamento e desempenho físico, saúde geral e vitalidade dos que não têm. Os doentes com dificuldades físicas apresentam pior funcionamento e desempenho físico, vitalidade e saúde geral, referindo ainda, maior dor corporal.

7. Discussão dos resultados

Seguidamente apresentam-se a discussão dos resultados à luz da bibliografia abordada anteriormente.

7.1 Nível de motivação, adesão ao tratamento e qualidade de vida em adultos e adultos idosos com hipertensão

O estudo das variáveis motivacionais (em particular no que se refere à auto-determinação) em adultos e adultos idosos com hipertensão não é comum, sendo este um dos primeiros estudos nesta área. Tendo isso em conta, começa-se por descrever esta população do ponto de vista da sua motivação para o tratamento, bem como o seu nível de adesão terapêutica e a um estilo de vida que permite controlar os potenciais graves efeitos da hipertensão arterial. Caracteriza-se também a qualidade de vida desta população, procurando contribuir para identificar áreas de atuação prioritária num grupo de indivíduos – adultos maioritariamente idosos e com hipertensão arterial - que tende a aumentar na sociedade portuguesa e europeia. A escassez de estudos sobre esta problemática nesta população levou a que se recorresse outros estudos com populações alvo diferentes na comparação dos resultados obtidos.

De forma geral os resultados indicam que estes adultos e adultos idosos se encontram predominantemente motivados para o tratamento. As médias obtidas foram de 6.46 para a regulação autónoma, 4.55 para a controlada e 3.22 para a amotivação. O estudo de Williams et al. (2004) obteve 5.97 para a motivação autónoma para seguir a medicação e realizar o teste de glicemia e no estudo de Williams et al. (2009) foi de 5.73 para a motivação autónoma para o uso da medicação em adultos e adultos idosos com diabetes. Em estudos realizados em Portugal obteve-se 5.57 (Garett, 2008) na regulação autónoma de adolescentes com diabetes, 4.34 na regulação controlada e 3.23 na amotivação. Apesar de amostras diferentes os resultados são semelhantes apresentando apenas valores ligeiramente mais elevados para a regulação autónoma, estando, deste modo, a regulação controlada num nível moderado e o da amotivação num nível baixo.

No caso específico da HTA, uma motivação autónoma elevada é de especial importância por se tratar de uma doença silenciosa, onde, na maioria dos casos, os sintomas não são muito visíveis e portanto, não exercem uma pressão para mudar os comportamentos. Assim, a adesão por via de uma regulação controlada é menos provável.

Quanto ao índice de autonomia relativa para o tratamento da hipertensão, 96% dos sujeitos obtiveram valores positivos e apenas 3% valores negativos, demonstrando que, na maioria dos participantes, há uma maior preponderância da motivação autónoma em relação

à controlada, isto é, o comportamento é maioritariamente auto-determinado. O comportamento face ao tratamento é portanto regulado quer com base em decisões próprias quer em parte por pressões externas, mas com preponderância da regulação autónoma.

Relativamente à competência percebida, o resultado obtido foi de 5.46, sendo elevado. Comparativamente a outros estudos de Williams et al. (2004) para a competência percebida para seguir a medicação e realizar o teste de glicemia obteve 4.84, Garrett (2008) 4.98 e Williams et al. (2009) 5.36 para a competência percebida para a auto-gestão da diabetes. Sendo, deste modo, o resultado do presente estudo, na linha dos estudos referidos. Tendo em conta que os sujeitos que se percecionam como competentes, ou seja segundo a SDT, que sentem que são capazes de gerir a doença (Williams et al., 2004) no estudo de Williams et al. (2009) apresentam valores mais elevados de adesão e de qualidade de vida, valores estes de extrema relevância.

O ambiente terapêutico constitui uma influência relevante na liberdade para determinar o próprio comportamento. Deste modo, ambientes controladores tendem a diminuir a autonomia e a competência e, por outro lado, ambientes estruturados, onde é promovida a autonomia e fornecida a quantidade de informação necessária, onde há feedback positivos e em que ajudam o sujeito a ter uma experiência positiva, a autonomia e a competência tendem a aumentar. Deste modo, no que respeita à perceção sobre o ambiente terapêutico neste estudo, este apresentou um valor médio de 5.95, o que é elevado. No estudo de Williams et al. (2009) foi de 5.57 e no de Garrett (2008) de 5.30, sendo idênticos. Estes valores refletem que o ambiente terapêutico é percecionado como promotor da autonomia o que promove a internalização da motivação. Isto é de extrema relevância, uma vez que ambientes terapêuticos que fomentem autonomia e confiança aumentarão a motivação autónoma e a competência percebida para o tratamento (Williams et al., 2004). Cabral e Silva (2010) referem também que a relação de confiança entre os profissionais de saúde e o paciente é um dos pilares fundamentais para o êxito da terapêutica, favorecendo ambos a adesão e resultados de saúde (Deci & Ryan, 2002).

No que se refere às crenças e perceções acerca da doença, os valores de representação emocional, consequências da doença, controlo pessoal da doença, controlo do tratamento da doença e compreensão da doença são ligeiramente acima dos encontrados por Ross et al. (2004) também numa população de adultos e adultos idosos com HTA. Sobretudo no que se refere à representação emocional e à perceção das consequências da doença, o que indica que os participantes no presente estudo mostraram uma elevada resposta emocional à doença, e moderada crença da doença como crónica. Isto é de extrema relevância, uma vez que quando a doença é interpretada como aguda há uma maior

propensão para abandonar o tratamento e as consequências percebidas foram também associadas positivamente com a adesão à medicação (Balazovjeh & Hnilica 1993 *cit in* Hekler et al., 2008). Os resultados indicam ainda que os doentes acreditam na capacidade de controlar e lidar adequadamente com a HTA e com o tratamento e que compreendem bem a doença. Em suma, estes resultados revelam bons níveis de controlo da doença e do tratamento que são fortes indicadores de adesão e qualidade de vida.

No que concerne à percepção dos medicamentos os resultados do presente estudo são mais elevados que os do estudo de Ross et al. (2004), referido anteriormente, apresentado ambos valores médio-elevados. Horne, Weinman & Hankins (1999) sugerem que é provável uma elevada crença na necessidade dos medicamentos quando se trata de doenças crónicas, que vai de encontro aos resultados do presente estudo. Ross et al. (2004) refere que a necessidade do medicamento é provavelmente importante numa condição assintomática como a hipertensão.

Em síntese, os doentes apresentam uma elevada motivação autónoma e competência percebida para o tratamento e vêem a HTA como uma doença crónica, mostrando confiança no controlo da doença e do tratamento e necessidade e (embora também preocupação) em relação à medicação o que parecem bons preditores de adesão ao tratamento.

O estudo pretendeu também caracterizar o nível de adesão nestes indivíduos, incluindo o objetivo específico de avaliar a adesão numa perspetiva multidimensional. A abordagem adotada reconhece que a adesão é um constructo complexo e, tendo em conta as recomendações da OMS (WHO, 2003) e de Pereira e Silva (2002), optou-se por várias estratégias para avaliar a adesão, para além da adesão à medicação, de forma a poder captar as suas várias dimensões e analisar as relações entre elas.

Nas medidas de auto-relato, sendo a adesão multidimensional, é previsível uma baixa consistência interna quando tido como um único fator, por isso é recomendável utilizar apenas o nível de adesão por dimensões (Bastos, Severo & Lopes, 2007). Os resultados do presente estudo mostraram uma adesão à alimentação geral 4.83 dias por semana (74.1%), adesão à atividade física 2.7 dias por semana (41.6%) . Valores estes idênticos aos obtidos por Basto, Severo e Lopes (2007), num estudo com doentes diabéticos adultos e adultos idosos e ligeiramente acima dos resultados obtidos noutros estudos com a mesma população 48%-67% na alimentação geral (Glasgow, 1992, 1998 e Fell, 2000 *cit in* Bastos et al., 2007) e dentro dos valores obtidos para a adesão à atividade física que são entre 24.7% e 55.2% na mesma população (respetivamente Glasgow, 2000 e Johnson, 1992 *cit in* Bastos et al., 2007). Isto demonstra uma elevada adesão à alimentação geral e uma baixa adesão à atividade física. Quanto à adesão à alimentação específica esta apresenta

5.45 dias (94.4%), apesar de segundo Polónia et al. (2006) e Magalhães (2009) os portugueses consumirem o dobro de sal recomendado pela OMS, especialmente pelo consumo de alimentos intrinsecamente ricos em sal (queijo, produtos de charcutaria e pães) e no sal adicionado na confeção (carnes vermelhas, acompanhamentos e batatas fritas), como é referido no estudo de Magalhães (2009), os doentes referem consumir pouco sal. O que pode demonstrar que os adultos e adultos idosos com HTA não têm bem consciência do seu consumo de sal, estando o excesso de consumo já enraizado culturalmente.

Relativamente à adesão à medicação esta apresenta uma média de 3.23, isto é 49.1% de sujeitos aderentes. No estudo de Morisk, Green e Levine (1986) obteve-se uma adesão de 43% dos sujeitos e num estudo de Delgado e Lima (2001) com população portuguesa com doenças crónicas (entre as quais a grande maioria HTA e diabetes) obteve-se 4.85, ou seja, uma adesão de 61.7%. Desta forma, o valor obtido está próximo do estudo internacional, mas bastante abaixo do estudo com população portuguesa, o que demonstra uma relativamente baixa adesão à medicação. Tal fator pode dever-se quer ao fato de, a HTA ser na grande maioria dos casos assintomática, quer à presença de efeitos secundários da medicação, bem como ao custo elevado dos medicamentos (WHO, 2003; Cabral e Silva, 2012). O facto de não sentirem melhoras, duvidarem da eficácia do tratamento, bem como a duração e quantidade dos medicamentos são outros fatores que interferem na adesão (Cabral e Silva, 2010). É, deste modo, de extrema relevância que os profissionais de saúde informem sobre os efeitos secundários da medicação, mas também das vantagens do tratamento e os efeitos positivos na sua saúde, negociando e envolvendo o doente não só na prescrição, mas também no número de medicamentos e tipo de posologia.

Segundo Cabral e Silva (2010) se em relação aos medicamentos a adesão é muito elevada, já quanto a outros tipos de recomendações médicas o grau de adesão é ainda menor, nomeadamente o que diz respeito à mudança de hábitos (por exemplo, alimentação, tabaco e bebida), o que no presente estudo, apesar de ser verdade para a atividade física, não o é para a alimentação nem para o consumo de tabaco.

O relato de adesão do profissional de saúde apresenta uma média de 3.73, ou seja, uma adesão de 65%, que comparando com as de auto-relato é inferior, excetuando a adesão à atividade física e ao medicamento. Porém, se tivermos em conta a descrição referente a cada tratamento para a HTA especificamente, verificamos que o auto-relato de adesão à alimentação específica é muito superior ao do profissional de saúde em que este refere que apenas 40% consome comida com pouco sal, apenas 37.4% consome comida com pouca gordura e 37.7% consome sempre legumes e fruta ao contrário 94.4% do auto-relato. Relativamente ao auto-relato de adesão à atividade física este é ligeiramente inferior ao do

relato do profissional de saúde (50,3%). Isto vem confirmar que os doentes não têm consciência ou desvalorizam o excesso de sal e gordura que consomem, especialmente tendo em conta que no que se refere à atividade física o valor é próximo do referido pelo profissional de saúde. Pinto (2013) chama, inclusive a atenção para a necessidade da avaliação do sódio na urina de forma a consciencializar os doentes do seu consumo excessivo de sal, podendo também funcionar como um motivador, uma vez que os doentes conseguem verificar o impacto da redução do consumo de sal na concentração de sódio na urina, verificando assim o efeito da sua mudança de comportamento de forma concreta, pois o não verificar qualquer alteração na sua saúde, como refere Cabral e Silva (2010) é um forte preditor da não adesão.

No que concerne aos dados diretos a TA apresenta uma média de 1.91, ou seja, uma adesão de 41.9% e o IMC uma média de 27.30 correspondendo a uma adesão de 34.5 %, o que é bastante próxima do relato do profissional de saúde (33.9%). Pode-se concluir daqui também que 58.1% da amostra apresenta a TA acima dos valores normais e 65.5% apresentam o peso acima do IMC normal e 20.9% apresenta já obesidade, o que vai de encontro ao estudo de Macedo et al. (2007) que mostra que apenas 11.2% tinham a HTA controlada e 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso ou obesidade. É preciso também ter em conta que os doentes dificilmente assumem a não adesão, apresentando-se mais cumpridores do que os métodos diretos indiciam (Cabral & Silva, 2010).

Relativamente às relações entre as diferentes medidas de adesão, os pacientes que mais aderem a uma alimentação saudável e recomendada pelo profissional de saúde são também os que mais aderem a atividade física, à medicação e são também os que apresentam uma maior adesão segundo os profissionais de saúde. Assim, normalmente os pacientes que se dizem como aderentes, aderem às várias áreas de tratamento da doença, tal como a alimentação, o exercício físico e a medicação.

É de salientar que os pacientes vistos como aderentes pelos profissionais de saúde são também os que apresentam valores mais baixos de TA e de IMC. Isto demonstra que, apesar de Cabral & Silva (2010) referirem que os doentes dificilmente assumem a não adesão, apresentando-se mais cumpridores do que os métodos diretos indiciam, o mesmo não se demonstra para o relato de adesão do profissional de saúde, sendo, deste modo, este um bom preditor dos resultados fisiológicos.

Neste estudo, a TA encontra-se relacionada positivamente com o IMC o que se pode concluir que quando há uma maior controlo da TA também há um maior controlo do peso.

Em suma, estes resultados confirmam a multidimensionalidade da adesão, uma vez que apesar de haver algumas relações entre as várias medidas estão não são muito elevadas, sugerindo a independência das diversas dimensões. Daí, foram utilizadas todas as relações com as outras variáveis. Os valores de adesão dentro de cada medida estão dentro dos valores obtidos noutros estudos, sendo a adesão à atividade física a mais baixa, seguindo-se a adesão à medicação e por fim a adesão à alimentação que é a mais alta. Isto vem demonstrar a importância da utilização de diversas dimensões para a avaliação da adesão de forma a melhor captar a sua multidimensionalidade, permitindo perceber mais especificamente as áreas mais importantes de intervenção no que se refere ao tratamento, pois a adesão aos diferentes tipos de tratamento não ser igual.

Finalmente, no que se refere à qualidade de vida, as médias obtidas no presente estudo e no estudo de Ribeiro (2005) para uma população com doenças crónicas foram próximos, estando os valores do desempenho físico, a saúde geral e o desempenho emocional ligeiramente acima e a dor corporal ligeiramente abaixo no presente estudo. Todos os valores se encontram bastante abaixo dos obtidos por Ribeiro (2005) para uma população saudável, o que demonstra que a HTA apresenta ainda um impacto significativa na qualidade de vida dos doentes.

7.2 O papel da motivação na adesão terapêutica e qualidade de vida na HTA

O principal objetivo deste estudo foi a análise da adesão terapêutica à luz das variáveis motivacionais. Os resultados sugerem que a motivação autónoma leva a uma melhor adesão (à alimentação e à medicação). Assim, quanto mais o doente se considerar como a origem das suas ações e do seu comportamento relacionados com o tratamento, refletindo neste os seus valores, envolver-se-á mais nas tarefas e sentirá mais prazer na sua realização (Deci & Ryan, 2002), sendo por consequência maior a adesão ao tratamento. Os resultados do presente estudo apoiam os pressupostos da SDT que referem que quando mais envolvidas, autónomas e com maior grau de disposição para agir mais aptas estão a aprender e aplicar novas estratégias e competências (Williams et al., 1998; Williams et al., 2009)., porquanto a autonomia dos pacientes se revelou preditora da adesão

Também de acordo com este modelo teórico, no presente estudo a competência percebida aparece uma determinante da adesão (quer à alimentação, à atividade física e à medicação, quer à adesão avaliada pelo profissional de saúde quer mesmo ao IMC). De facto, a competência percebida explica entre 27% a 45% da variância da adesão ao tratamento nos diferentes modelos que integra. Assim, confiança e eficácia percebida no seu

modo de interagir no ambiente é um forte preditor da adesão ao tratamento, estando este sentido de competência facilitado pelo sentido de autonomia (Ryan et al., 2008).

No presente estudo, a percepção dos adultos e adultos idosos com HTA do ambiente terapêutico como apoiante da autonomia revelou-se preditor da adesão à alimentação geral. Isto vai de encontro aos vários estudos realizados com pacientes com outras patologias, como por exemplo o de Williams, et al. (2004) que concluíram que o aumento do suporte de autonomia ao paciente promove percepções de autonomia e de competência, levando a uma melhor adesão ao tratamento, e a um controlo glicémico mais adequado, promovendo assim para a internalização da motivação autónoma e o aumento da competência percebida.

No que se refere à percepção da doença, o controlo pessoal da doença e do tratamento e a melhor compreensão desta, foram preditores da adesão ao tratamento da HTA. Mais especificamente, o controlo pessoal parece predizer a adesão à alimentação e à atividade física bem como um menor IMC. O controlo do tratamento parece predizer a adesão à alimentação. A compreensão da doença parece predizer também a adesão à alimentação e à medicação. Tal como no estudo de Horne e Weinmam (2002) numa amostra de pessoas com asma representações de doença e crenças de tratamento foram preditores independentes substanciais e chegaram à conclusão ainda que as representações da doença influenciaram a adesão de forma direta e indiretamente através de crenças de tratamento, que, por sua vez, foram os preditores mais fortes. Tal como sugere Ross et al., (2004) as crenças sobre medicamentos específicos e sobre a hipertensão são preditivos de adesão. Outros estudos (Morgan & Watkins, 1988 e Baumann & Leventhal, 198 *cit in* Horne, 2001) sugerem ainda que os pacientes com HTA usam a medicação esporadicamente em resposta aos sintomas comuns (por exemplo, dor de cabeça ou sentirem-se stressados) atribuídos à sua hipertensão evitando a medicação devido preocupações com efeitos adversos a longo prazo ou de dependência. Porém, no presente estudo não houve relações significativas nem entre a percepção da necessidade nem a preocupação acerca do medicamento e a adesão, apesar de estes demonstrarem elevada necessidade e preocupação com a medicação.

É de salientar ainda que algumas das variáveis motivacionais estudadas em conjunto explicam 35.3% da variância da adesão à alimentação geral, 19.6% do relato de adesão do profissional de saúde, 12% da atividade física, e 10% do IMC, o que são valores consideráveis e que sugerem que a motivação desempenha um papel de relevo na adesão, sendo que, só a competência percebida explica uma grande parte dessa mesma adesão. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Williams, e col. (2009) em que a competência

percebida estava relacionada positivamente com a adesão à medicação. O mesmo estudo sugere que os clínicos que valorizem as perspectivas dos doentes, proporcionando escolha e uma razão clara para o uso de medicamentos, apoiando a iniciativa dos pacientes, e ajudando-os a desenvolver habilidades de auto-gestão da diabetes podem apoiar a autonomia dos pacientes, a competência, a qualidade de vida e adesão à medicação. Num nível prático, os resultados deste estudo sugerem que os prescritores (ou seja, farmacêuticos, médicos, assistentes do médico, enfermeiros) podem facilitar a adesão à medicação dos pacientes se tiverem em conta os seus pensamentos e sentimentos acerca do uso de medicação, discutirem medicamentos alternativos e opções de tratamento, descrevendo possíveis benefícios e efeitos colaterais da medicação, devendo minimizar o uso de linguagem de controlo e, claramente, perguntar as pacientes se eles estão dispostos a tomar a medicação antes de receitar.

Em suma, tal como previsto na SDT a motivação autónoma, a competência percebida e o ambiente percebido como promotor da autonomia estão relacionadas de forma positiva com a adesão e juntamente com as crenças de controlo da doença, do tratamento e o conhecimento desta explicam grande percentagem da adesão.

No que concerne à relação entre adesão e qualidade de vida, esta é muito pouco realizada. No entanto, no presente estudo, a adesão correlaciona-se com na qualidade de vida, especialmente no que se refere ao funcionamento físico, à saúde geral, vitalidade e saúde mental. Assim, os utentes que mais aderem ao tratamento da HTA são os que percecionam uma melhor qualidade de vida. A variância da adesão ao tratamento explicada pela qualidade de vida não é muito elevada, apesar de significativa, não passando dos 10%. Estes resultados vão ao encontro do esperado, tal como refere Saleem et al. (2012) pode-se prever que pacientes que aderiram ao seu tratamento devam experimentar melhorias na qualidade de vida e vice-versa. Porém, não vão ao encontro dos resultados do seu estudo com pacientes com HTA em que estes mostram fraco ou insignificante correlação negativa entre a adesão à medicação e qualidade de vida. Porém, ao contrário dos do estudo anterior os doentes do presente estudo apresentam uma boa adesão ao tratamento da HTA. Curiosamente, o Conselho Nacional de Informações ao Paciente e Educação (2000, *cit in* Williams et al., 2009) indica que os pacientes que não apresentam melhoras da qualidade de vida são menos propensos a aderir aos regimes de tratamento.

É de salientar que a autora refere ainda que não devem ser descartados outros fatores que afetem a adesão e a qualidade de vida, tal como foi tido em conta no presente estudo avaliando-se também variáveis motivacionais, diferenças individuais, entre outras.

Relativamente à correlação entre variáveis motivacionais e de qualidade de vida a competência percebida assume um papel preponderante, influenciando de forma positiva a saúde geral e a vitalidade. Assim, quanto mais o utente se percebe como competente, mais saúde e vitalidade refere. Por outro lado, os doentes amotivados apresentam maior tendência a uma deterioração da saúde mental. Os resultados vão de encontro ao de Williams, e col. (2009) em que a regulação autónoma e a competência percebida estava relacionada positivamente com a qualidade de vida.

Também a perceção da doença e do medicamento tiveram um grande impacto na qualidade de vida, estando as representações negativas da doença e a maior perceção das consequências da doença na vida dos utentes relacionadas com uma pior qualidade de vida e pelo contrário, um maior controlo pessoal e do tratamento relacionado com uma melhor qualidade de vida.

Assim, é de salientar que 24.8% da variância da saúde geral é justificada de forma significativa pela competência percebida, mas também negativamente pela necessidade do medicamento e positivamente pela preocupação com os seus efeitos. Desta forma, o sentir-se competente tem grande impacto positivo na qualidade de vida e por outro lado a perceção da necessidade do medicamento tem um impacto negativo na qualidade de vida. Também 31.7% da variância da saúde mental é justificada negativamente pela representação emocional e a necessidade do medicamento, e positivamente pelo controlo do tratamento. Isto é, a representação negativa da doença e a necessidade do medicamento têm um impacto negativo na saúde mental e por outro lado, a controlo do tratamento tem um impacto positivo. Deste modo, podemos verificar que algumas das variáveis motivacionais em conjunto explicam parte da qualidade de vida dos doentes, tendo desta forma, grande impacto nesta. Isto vai de encontro aos estudos realizados por Petrie e colaboradores que referem que a perceção dos pacientes acerca da sua doença (por exemplo, crenças sobre as causas, duração provável e as consequências) mostraram ser responsáveis por uma proporção significativa da variância dos níveis de incapacidade e da qualidade subjetiva de vida (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996 *cit in* Horne et al., 2001). Esta pesquisa sugere ainda que certas crenças podem ser consideradas como inadequadas atuando como barreiras à adesão ou prever níveis mais elevados de incapacidade e redução da qualidade de vida (mesmo quando se controla a gravidade clínica). Estes resultados são animadores, uma vez que sugerem que a adesão e a qualidade de vida pode ser melhoradas por meio de intervenções para corrigir as crenças sobre a doença e tratamento (Horne et al., 2001).

A necessidade e a preocupação com os medicamentos afetam negativamente a qualidade de vida, o que confirma a suspeita de Horne et al. (2001): os efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva podem afetar adversamente a qualidade de vida e reduzir a adesão (Horne et al., 2001). Estes resultados vão de encontro ao estudo de Trentini e col. (1990, *cit in* Reis & Glashan, 2001) em que as crenças tiveram uma grande influência na sua satisfação de viver.

7.3 Influência de variáveis individuais na motivação, adesão e qualidade de vida

No que se refere ao género dos pacientes, as mulheres aderem mais, são mais motivadas do que os homens, mas por outro lado estes apresentam melhor qualidade de vida. Isto vai de encontro ao estudo de Mestre (2010) numa população adulta com obesidade, em que as mulheres também mostraram níveis mais elevados de motivação autónoma. Quanto à idade, os adultos apresentam maior IMC do que os adultos idosos, tendo os adultos idosos maior necessidade do medicamento do que os adultos e os adultos melhor qualidade de vida do que os adultos idosos. Isto vai de encontro ao estudo de Ribeiro (2005) numa população saudável acerca da qualidade de vida, mostra valores mais elevados em todas as dimensões para o género masculino e que a perceção da saúde tende a diminuir quando a idade aumenta.

Relativamente ao estado civil os solteiros e viúvos aderem mais do que os divorciados (separados, etc.). Os divorciados têm uma maior representação emocional negativa da doença do que os solteiros e estes uma menor necessidade dos medicamentos do que os casados e viúvos. Os casados e os solteiros apresentam melhor qualidade de vida do que os restantes.

No que respeita à escolaridade os sem escolaridade apresentam maior amotivação e menor compreensão da doença e os com formação universitária têm menor necessidade do medicamento. Os com mais formação apresentam melhor qualidade de vida. Isto vai de encontro ao estudo de Ferreira & Santana (2003) em que os indivíduos com menos escolaridade percebem a qualidade de vida de forma mais negativa do que os com maior escolaridade. Bem como ao estudo de Ferreira & Ferreira (2006), também na população portuguesa mas ativa indica que a qualidade de vida é maior para os jovens, solteiros ou casados/união de facto, com níveis mais altos de instrução, trabalhadores não manuais e a habitar em zonas urbanas.

O nível socioeconómico também tem impacto, aderindo mais os de nível socioeconómico superior e tendo menos necessidade do medicamento e os de NSE mais baixo percecionam mais consequências da doença na sua vida, tendo também pior qualidade

de vida. Também no estudo de Cabral e Silva (2010) verificou-se que a falta de recursos económicos era o segundo maior motivo para a falta de adesão.

É de salientar que os pacientes que vivem só com os filhos aderem menos do que os que vivem com o marido/esposa e outros familiares. Isto pode dever-se ao facto de os doentes que vivem só com os filhos se sentirem menos autónomos e mais dependentes destes. Deste modo, é importante ter em atenção este aspeto na intervenção de forma a identificar as razões de não adesão e promovendo a autonomia do doente.

Os que são acompanhados no hospital apresentam um menor índice de autonomia relativa, isto é, há uma maior prevalência da motivação controlada em relação à motivação autónoma. Isto pode dever-se ao facto de os doentes acompanhados no hospital, por norma, apresentarem agravamento da doença e, desta forma, sentirem maior pressão externa para a mudança de comportamentos devido não só há existência de mais sintomas, mas também devido ao aumento de risco.

Os pacientes com hipertensão que não apresentam outras doenças têm melhor qualidade de vida, o que era de esperar, pois a presença de outras doenças acarreta mais limitações e cuidados a ter, especialmente tendo em conta que a HTA é, na grane maioria dos casos assintomática. O que vai de encontro ao estudo de Silva et al. (2003), em que se verificou que os indivíduos com diabetes que sofriam de complicações crónicas demonstraram ter pior qualidade de vida em relação aos que não sofriam sequelas da doença.

Outros parâmetros individuais avaliados foram as dificuldades sentidas pelos utentes, aspeto que não é muito comum ser avaliado e que demonstra ter um grande impacto não só na adesão, como na motivação e na qualidade de vida. No que se refere à motivação, as dificuldades de acesso levam a uma diminuição da competência percebida, ao aumento da amotivação, da necessidade e preocupação com os efeitos adversos dos medicamentos e da perceção das consequências da doença na sua vida. Quanto às variáveis de adesão os doentes com maiores dificuldades de acesso apresentam valores mais elevados de TA e menor adesão à atividade física. No que concerne à qualidade de vida, esta é mais baixa para os doentes com maiores dificuldades de aceso. Deste modo, as dificuldades sentidas pelos doentes têm de ser uma preocupação dos profissionais de saúde, de forma a diminuir barreiras, colmatando as suas necessidades aumentando, assim, a adesão, motivação e a qualidade de vida. Podemos concluir também que a baixa adesão à atividade física em muito se pode dever às dificuldades físicas sentidas pelos doentes, uma vez que são os parâmetros mais afetados na qualidade de vida e estão diretamente relacionados com a adesão à atividade física.

Conclusões

No presente estudo, os doentes apresentam uma elevada motivação autónoma e competência percebida para o tratamento e vêem o ambiente terapêutico como promotor da autonomia. A HTA é vista por eles como uma doença crónica, a que sentem ter controlo bem como do seu tratamento. Têm perceção da necessidade da medicação, mas também preocupação com esta. Estas características mostraram-se bons preditores de uma moderada adesão ao tratamento. É, portanto, relevante que os profissionais de saúde possam avaliar e conhecer estas variáveis, de forma a melhor identificar as áreas em que devem intervir e contribuir, deste modo, para a adesão e a qualidade de vida dos doentes com HTA, especialmente no que se refere à promoção da autonomia do doente, envolvendo-os no processo de decisão, assumindo estes a responsabilidade das suas decisões e comportamentos no tratamento da HTA.

Apesar dos valores de qualidade de vida estarem próximos das de outros doentes crónicos, alguns encontram-se abaixo destes valores, especialmente a dor corporal e quando comparado com a qualidade de vida em pessoas saudáveis estes estão muito abaixo. Assim, a qualidade de vida em doentes com HTA deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, porque, apesar de ser conhecida como uma doença assintomática, este estudo revelou que HTA tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes.

Os valores de adesão situam-se dentro dos valores obtidos noutros estudos, sendo a adesão à atividade física a mais baixa, seguindo-se da adesão à medicação e por fim a adesão à alimentação que é a mais alta. É de salientar que a adesão à alimentação segundo o relato dos sujeitos é muito mais elevada que a do relato do profissional de saúde. Podemos concluir assim que os doentes não têm consciência ou desvalorizam o excesso de sal e gorduras que comem, provavelmente por estes hábitos estarem muito enraizados na sua cultura. É, portanto, uma área de extrema importância na intervenção dos profissionais de saúde, devendo estes consciencializar mais os doentes do excesso de sal que comem e do seu impacto na sua saúde, como por exemplo através da avaliação da sua concentração na urina.

É de salientar também a baixa adesão à atividade física e consequentemente, o elevado IMC dos doentes, devendo por isso esta ser uma preocupação nas intervenções dos profissionais de saúde, fomentando a atividade física, adaptando estratégias juntamente com o doente, que se coadunem com o seu estilo de vida e as dificuldades sentidas, negociando com ele o que está disposto a fazer, especialmente os idosos.

A baixa adesão à medicação também é de salientar, sendo outra área de grande importância na intervenção dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere ao esclarecimento dos efeitos secundários da medicação, alertando para estes, pois a falta de informação leva muitas vezes os doentes a abandonar a toma da medicação, chamando a atenção para a importância da medicação e as suas vantagens no seu estado de saúde, envolvendo o doente no processo de escolha da medicação e posologia, tendo em conta o dito anteriormente.

O presente estudo confirmou a multidimensionalidade da adesão, uma vez que apesar de haver algumas relações entre as várias medidas estas não são muito elevadas. Pode-se concluir também, dos diferentes resultados, que as medidas de adesão medem constructos da adesão diferentes, mas que se encontram relacionados entre si e que todos são importantes para perceber mais completamente o comportamento de adesão dos indivíduos ao tratamento da HTA. É assim necessário para a avaliação da adesão instrumentos mais sensíveis às especificidades de cada doença da forma a melhor avaliar.

Este estudo constatou, ainda, que tanto a motivação autónoma, como competência percebida e a perceção do ambiente como autónomo – elementos centrais do modelo SDT do comportamento em saúde - foram associadas com a adesão ao tratamento da HTA e com a qualidade de vida, especialmente a competência percebida. Estes resultados sugerem que as estratégias específicas para melhorar a motivação autónoma e a perceção de competência, bem como outros aspetos do modelo SDT, podem ajudar a melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida e, portanto, importantes resultados de saúde relacionadas com a hipertensão. Assim, ambientes terapêuticos que promovam a autonomia assumem uma extrema importância para a adesão e para a qualidade de vida, em que o profissional tenta perceber a perspetiva do doente, a sua opinião e dificuldade sentidas e envolvendo-o na tomada de decisão. Por outro lado, é também importante numa patologia assintomática, como é na maioria dos casos a HTA, que o doente tenha maior consciência dos efeitos da doença, quer através da concentração de sódio na urina, de forma a perceber o impacto do seu comportamento de consumo de sal, ou dos valores de TA. Isto porque, uma maior consciência da doença e do seu impacto leva a uma maior adesão, ou seja, a presença de fatores externos que motivem também o doente a mudar – motivação controlada – também têm um papel importante na adesão.

Também a perceção da doença e do medicamento – elementos centrais do modelo de Leventhal – foram associados à adesão ao tratamento para a HTA e à qualidade de vida, especialmente o controlo da doença e do tratamento e a compreensão da doença. Desta forma, a promoção do controlo por parte do utente, do seu estado de saúde, bem como a

promoção da maior compreensão da sua doença assume também grande importância na intervenção do profissional de saúde.

É importante também ter em conta que os resultados da adesão podem estar relacionados com as dificuldades específicas, como foi confirmado neste estudo. Assim, muitas vezes os motivos que levam as pessoas a não aderir estão relacionados com a impossibilidade de o fazer, como por exemplo a dificuldade de praticar exercício estava relacionada com a baixa adesão à atividade física. Sendo, portanto este um aspeto a considerar nos diferentes estudos sobre adesão bem como na intervenção dos profissionais de saúde, que quando motivam o doente para a atividade física devem ter em conta as suas limitações e adaptar a atividade física a estas, envolvendo o doente nesse processo, de forma a possibilitar uma maior adesão.

As características individuais estão relacionadas com a adesão, com a motivação e com a qualidade de vida, e por isso estes são aspetos que o profissional de saúde deve ter em conta aquando do acompanhamento dos doentes. Assim, relativamente à adesão devem ter especial atenção aos doentes do NSE mais baixo, aos que vivem apenas com os filhos e aos que tenham dificuldades de acesso à medicação e dificuldades físicas, como referido anteriormente. No que concerne à motivação devem ter especial atenção aos doentes homens, aos com escolaridade mais baixa, aos de NSE mais baixo e aos com dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Quanto à qualidade de vida deve-se ter especial atenção às mulheres, aos com mais idade, aos viúvos e divorciados, aos com menos escolaridade, aos de NSE mais baixos, aos com dificuldade de acesso à medicação e dificuldades físicas. Assim, tal como refere Cabral e Silva (2010) as pessoas com mais idade e com menos recursos estão entre os portugueses que menos adotam hábitos de vida saudáveis, isto significa que os profissionais de saúde podem desempenhar um papel muito mais importante do que têm desempenhado na mudança de hábitos de saúde dos idosos em geral.

Referências Bibliográficas

- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Broadbent, E., Patrie, K., Main, J. & Weinmam, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Broeck, A.; Vansteenkiste, M. & Witte, H. (2008). Self-determination theory: A theoretical and empirical overview in occupational health psychology. *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice*, 13, 63-88.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Cabello, M. (2007). *Influencia de la percepcion acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo*. Tese de mestrado não publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cabral, M. V. & Silva, P.A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Carvalho, M., Siqueira, L., Sousa, A. & Jardim, P. (2013). A Influencia da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*, 100(2), 164-174.
- Cavalcante, M., Bombig, M., Filho, B., Carvalho, A., Paola, A. & Póvoa, R. (2007). Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 89 (4), 245-250.
- Costa, M. & López, E. (1998). *Educación para la Salud, una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. & Ryan, R. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.

Deci, E. & Ryan, R. (2009). Self-determination theory: a consideration of human motivational universals. In Corr, P. & Mathews, G. *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. (p. 441-456). New York: Cambridge University Press.

Deci, E. & Ryan, R. (s.d.). *Self-determination Theory – An Approach to Human Motivation*, acessado em Dezembro – 17, 2009 from <http://www.psych.rochester.edu/SDT/>

Delgado, A.B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100.

Felgueiras, M., Marcelino, D., Claudino, A., Cortes, A., Maroco, J. & Weinman, J. (2009). Patient's illness schemata of hypertension: the role of beliefs for choice treatment. *Psychology and Health*, 1-11.

Ferreira, P. & Ferreira, L. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Qualidade de vida*, 24 (2), 5-14.

Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Perceção de estado de saúde e qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Qualidade de vida*, 21 (2), 15-30.

Fortier, M., Sweet, S., O'Sullivan, T. & Williams, G. (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 741-757.

Garret, S. (2008). *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: factores motivacionais*. Tese de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Guerra, M., Lemos, M. S., Queirós, C., & Rosas, M. (2003, september). *Level of Self-Determination in Adults Quitting Smoking*. Communication presented at the 17th Annual Conference of the European Health Psychology Society (Greece).

González-Juanatey, J., Mazón, P., Soria, F., Barrios, V., Rodriguez, L. & Bertomeu, V. (2003). Update of the guidelines of the Spanish society of cardiology on high blood pressure. *Revista Espanhola Cardiologia*, 56, 487-497.

- Halvari, A. & Halvari, H. (2007). Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*, 30 (4), 295-306.
- Hekler, E., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E. & Contrada, R. (2008)- Commonsense illness beliefs, adherence behavior, and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavior Medicine*, 31, 391-400.
- Herttua, K.; Tabák, A.; Martikainen, P.; Vahtera, J. & Kivimaki, M. (2013). Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *European Heart Journal*, 41, 1-7.
- Heidenrich, P. (2004). Patient adherence: the next frontier in quality improvement. *American Journal of Medicine*, 130-132.
- Hershey, J., Marton, B., Davis, J. & Reichgott, M. (1980). Patient Compliance with Antihypertensive Medication. *American Journal of Public Health*, 70, 1081-1089.
- Horne, R., Clatworthy, J., Polmear, A., & Weinman, J. (2001). Do hypertensive patient's beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? *Journal of Human Hypertension*, 15 (1), 65-68.
- Horne, R. & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17 (1), 17-32.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- Laufs, U., Rettig-Ewen, V. & Bohm, M. (2011). Strategies to improve drug adherence. *European Heart Journal*, 32, 264-268.
- Lemos, M. S. (1999). Motivação, aprendizagem e desenvolvimento. In A. M. Bretão, M. Sanches Ferreira e M. Ribeiro dos Santos (Eds.). *Pensar a escola sob os olhares da psicologia* (pp. 69-86). Porto: Afrontamento.

- Lemos, M. S. (2005). Motivação e Aprendizagem. In Miranda, G. L. & Bahia, S. (Orgs.), *Psicologia da educação. Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino* (pp. 193-231). Lisboa: Relógio d'Água.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Contrada, R. (1998). Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-733.
- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, 21-39.
- Magalhães, T. (2009). Padrões alimentares e Hipertensão. *Revista Factores de Risco*, 14, 50-53.
- Mancia, G., Backer, G., Dominiczark A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., Grassi, G., Heagerty, A., Kjeldsen, S., Laurent, S., Narkiewicz, K., Ruilope, L., Rynkiewicz, A., Schmieder, R., Boudier, H. & Zanchetti, A. (2013). 2013 European Society of Hypertension & European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34, 2159–2219.
- Meneses, R. & Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadoras da ação. *Análise Psicológica*, 18 (4), 523-528.
- Meneses, R., Ribeiro, J. & Silva, A. (2002) Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia: dificuldades na abordagem ao tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 61-88.
- Mestre, S. (2010). *A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens e adultos*. Tese de doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common-Sense Models of Illness: The Example of Hypertension. *Health Psychology*, 4 (2), 115-135.
- Morisky, D., Green, L. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24 (1), 67-73.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

Mota, J., Ribeiro, J., Carvalho, J. & Matos, M. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física*, 20 (3), 219-225.

Nunes, M. (2001). The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current Hypertension Reports*, 3, 462-465.

Ofman, J. & colaboradores. (2004). Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic disease? A systematic review. *The American Journal of Medicine*, 117 (3), 182-192.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.

Pereira, M. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão e utentes de Centros de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 20 (1), 35-43.

Phillips, L., Leventhal, H. & Leventhal, E. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*, 17, 244-257.

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica*. Lisboa: Lusociência.

Pinto, F. (2013, Outubro). *Hipertensão Arterial em Portugal – Prevalência, características e co-morbilidade*. Comunicação apresentada no 1º Encontro Aces Porto Oriental, Porto, Portugal.

Polónia, J., Maldonado, J., Ramos, R., Bertoquini, S., Duro, M., Almeida, C., Ferreira, J., Barbosa, L., Silva, J. & Martins, L. (2006). Determinação do consumo de sal numa amostra

da população portuguesa adulta pela excreção urinária de sódio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25, 801-817.

Reis, M. & Glashan, R. (2001). Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (3), 51-57.

Ribeiro, J. (2005). *O Importante é a Saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Ross, S., Walker, A. & Macleod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen T. & Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R., Deci, E. & Grolnick, W. (1995). Autonomy, Relatedness and the self: Their Relation to Development and Psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Development Psychopathology – Theory and Methods*. Vol. 1 (pp. 618-649). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Ryan, R., Patrick, H., Deci, E. & Williams, G. (2008). Facilitating health change its maintenance: interventions based on Self- Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.

Ross, S., Walker, A. & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in Hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.

Saleem, F., Hassali, M., Shafie, A., Awad, G., Atif, M., Haq, N., Aljadhey, H. & Farooqui. (2012). Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. *Public Health*, 12, 1-7.

Silva, V. (2009). *Motivação no Contexto Psicoterapêutico*. Tese de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 21 (2), 185-194.

Sousa, I. (2005). *A Adesão às Recomendações Terapêuticas nos Doentes Hipertensos*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Vansteenkiste, M. & Sheldon, K. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 68-82.

Vásquez, M., Alegría, R. & Ayala, M. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17 (2), 318-324.

Vermeire, E., Hearnshaw, H. & Royen, P. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

Williams, G., Cox, E., Halberg, V. & Deci, E. (2000). Extrinsic life goals and health risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756-1771.

Williams, G., Freedman, Z. & Deci, E. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patient With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21 (10), 1644-1651.

Williams, G., Grow, V., Freedman, Z., Ryan, R. & Deci, E. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.

Williams, G., McGregor, H., Sharp, D., Levesque, C., Koudes, R.; Ryan, R. & Deci, E. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.

William, G., Patrick, H., Niemiec, C., Williams, L., Divine, G., Lafata, J., Heisler, M., Tunceli, K. & Pladevall, M. (2009). Reducing the Health Risks of Diabetes: How Self-determination Theory May Help Improve Medication Adherence and Quality of Life. *The Diabetes Educator*, 35 (3), 484-492.

Williams, G.; Rodin, G.; Ryan, R.; Grolnick, W. & Deci, E. (1998). Autonomous regulation and adherence to long-term medical regimens in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.

Williams, G., Ryan, R. & Deci, E. (s.d.). *Health-care, self-determination theory questionnaire pocket*, acessado em Abril – 30, 2010 em <http://www.psych.rochester.edu/SDT/measures/health.html>.

Zeldman, A., Ryan, R. & Fiscella, K. (2004). Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675-696.

ANEXOS

ANEXO 1- Instrumentos

Q.A.R.

Questionário de Auto-regulação

(Adaptado de Ryan & Deci, sd)

Este questionário pretende perceber quais os motivos que o levam a seguir um tratamento (dieta saudável, prática de exercício físico, tomar a medicação, etc.) As pessoas têm diferentes razões para o fazer e gostaríamos de saber em que medida as razões que apresentamos seguidamente são verdadeiras no seu caso. Por favor, assinale com uma cruz (numa escala de 1 a 7) até que ponto cada uma das razões seguintes são verdadeiras no seu caso.

Razões para eu seguir o tratamento:	Nada verdadeira		Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira	
1.1. Porque quero ser responsável pela minha própria saúde	1	2	3	4	5	6	7
1.2. Porque sentiria culpa ou vergonha se não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
1.3. Porque acredito pessoalmente que é a melhor coisa para a minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
1.4. Porque os outros ficariam aborrecidos comigo se eu não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
1.5. Eu realmente não penso muito nisso	1	2	3	4	5	6	7
1.6. Porque acredito que é muito importante para muitos aspetos da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
1.7. Porque me sentiria mal comigo se não seguisse o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
1.8. Porque é uma escolha importante que eu quero realmente fazer	1	2	3	4	5	6	7
1.9. Porque os outros me pressionam para seguir o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
1.10. Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar sobre o assunto	1	2	3	4	5	6	7
1.11. Porque está de acordo com os meus objetivos de vida	1	2	3	4	5	6	7
1.12. Porque quero que os outros aproveem o meu comportamento	1	2	3	4	5	6	7
1.13. Porque é muito importante ser o mais saudável possível	1	2	3	4	5	6	7
1.14. Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer	1	2	3	4	5	6	7
1.15. Realmente não sei bem porquê	1	2	3	4	5	6	7

E.C.P.Escala de Competência Percebida
(Adaptado de Ryan & Deci, sd)

Assinale com uma cruz (numa escala de 1 a 7), até que ponto cada uma das frases seguintes são verdadeiras no seu caso:

	Nada verdadeira			Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira
2.1. Consigo fazer exercício regularmente	1	2	3	4	5	6	7
2.2. Confio na minha capacidade de manter a prática regular de exercício a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7
2.3. Consigo fazer uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5	6	7
2.4. Confio na minha capacidade de manter uma dieta com pouco sal a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7
2.5. Consigo fazer uma dieta pobre em gorduras	1	2	3	4	5	6	7
2.6. Confio na minha capacidade de manter uma dieta pobre em gorduras a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7
2.7. Consigo controlar o consumo de café	1	2	3	4	5	6	7
2.8. Confio na minha capacidade de controlar o consumo de café a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7
2.9. Consigo tomar regularmente a medicação para a hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
2.10. Confio na minha capacidade de tomar a medicação de forma correta e regular a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7
2.11. Consigo ter um peso adequado	1	2	3	4	5	6	7
2.12. Confio na minha capacidade de manter um peso adequado a longo prazo	1	2	3	4	5	6	7

Q.P.C.A.T.

Questionário da Percepção do Cliente sobre o Ambiente Terapêutico
 (Adaptado de Ryan & Deci, sd)

Por favor assinale com uma cruz (numa escala de 1 a 7), até que ponto cada uma das frases seguintes é verdadeira no seu caso:

	Nada verdadeira		Mais ou menos verdadeira			Totalmente verdadeira	
3.1. Sinto que os profissionais de saúde (enfermeiro/a, médico/a, etc.) me dão várias opções sobre como resolver o(s) meu(s) problemas da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3.2. Sinto que os profissionais de saúde compreendem o modo como eu encaro os aspetos relacionados com o(s) meu(s) problema(s) de hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3.3. Os meus profissionais de saúde confiam na minha capacidade de seguir o tratamento para a hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3.4. Os profissionais de saúde têm em atenção o modo como eu gostaria de gerir o tratamento da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3.5. Os profissionais de saúde encorajam-me a fazer perguntas sobre o(s) meu(s) problema(s) da hipertensão	1	2	3	4	5	6	7
3.6. Os profissionais de saúde tentam compreender como eu vejo os meu(s) problema(s) de hipertensão antes de sugerir qualquer mudança	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Auto-Cuidado com a Hipertensão (Adaptado de Bastos, Severo & Lopes, 2007)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a hipertensão durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente. Assinale com uma cruz tendo em conta a questão que se coloca.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2. Em média durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	
2.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta com pouco sal?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2. Em quantos, dos últimos SETE DIAS acrescentou sal aos alimentos, à mesa?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4. Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebidas alcoólicas, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu azeitonas, peixes salgados ou fumados, conservas, presunto, paio, outros enchidos, bolachas ou aperitivos salgados?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6. Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta pobre em gordura?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos com muita gordura tais como: carnes gordas, fritos, manteiga, óleos, maionese ou molhos?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.8. Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu comida rápida pré-cozinhada (batatas fritas, hamburgers, pizzas, etc.)?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	
3.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais da atividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. HÁBITOS TABÁGICOS	
5.1. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5.2. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros : _____	
5.3. Quando fumou o último cigarro? <input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Há mais de doze anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze anos atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje	

Questionário de Auto-relato de *Morisky-Green*
(Adaptado de Morisky, Green & Levine, 1986)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a hipertensão durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente. Assinale com uma cruz tendo em conta a questão que se coloca.

4. MEDICAMENTOS	
4.1. Deixou alguma vez de tomar os seus medicamentos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4.2. Algumas vezes não presta atenção às horas a que deve tomar os seus medicamentos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4.3. Acontece-lhe não tomar os seus medicamentos quando se sente bem?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4.4. Quando se sente mal por causa da medicação, deixa de a tomar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

IPQ-R

Questionário sobre a percepção da doença revisto (*Illness Perception Questionnaire*)
(adaptado de Moss & Weinman, 2002)

Por favor assinale com uma cruz (numa escala de 1 a 5), até que ponto cada uma das frases seguintes é verdadeira no seu caso

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2.1. Ter a tensão arterial alta deixa-me ansioso/a	1	2	3	4	5
2.2. Fico deprimido/a quando penso na minha hipertensão	1	2	3	4	5
2.3. A minha tensão arterial alta faz-me ter medo	1	2	3	4	5
2.4. A minha tensão arterial alta põe-me muito irritado/a	1	2	3	4	5
2.5. Quando penso acerca da tensão arterial alta preocupo-me	1	2	3	4	5
2.6. A minha tensão arterial alta causa dificuldades para aqueles que me rodeiam	1	2	3	4	5
2.7. A minha tensão arterial alta traz-me sérias consequências financeiras	1	2	3	4	5
2.8. A minha tensão arterial alta é um problema sério	1	2	3	4	5
2.9. A minha tensão arterial alta afeta fortemente a forma como os outros me veem	1	2	3	4	5
2.10. A minha tensão arterial alta tem sérias consequências para a minha vida	1	2	3	4	5
2.11. Eu consigo controlar a minha tensão arterial alta	1	2	3	4	5
2.12. A evolução da minha tensão arterial depende de mim	1	2	3	4	5
2.13. Procuro frequentemente informações acerca da hipertensão arterial	1	2	3	4	5
2.14. Aquilo que faço pode fazer com que a minha tensão arterial melhore ou piore	1	2	3	4	5
2.15. Posso fazer muitas coisas para controlar os meus sintomas	1	2	3	4	5
2.16. Uma dieta com pouco sal pode controlar a minha tensão arterial	1	2	3	4	5
2.17. Uma dieta com pouca gordura pode controlar a minha tensão arterial	1	2	3	4	5
2.18. Consumir pouco café pode controlar a minha tensão arterial	1	2	3	4	5
2.19. A toma correta da minha medicação para a hipertensão pode controlar a minha tensão arterial	1	2	3	4	5
2.20. Ter o peso adequado pode controlar a minha tensão arterial	1	2	3	4	5
2.21. O meu tratamento pode evitar os efeitos negativos da minha tensão arterial alta	1	2	3	4	5
2.22. Compreendo bem o meu problema de tensão arterial alta	1	2	3	4	5

BMQ específico

Questionário acerca da percepção sobre os medicamentos
(adaptado de Horne, Weinman & Hankins, 1999)

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3.1. A minha saúde neste momento depende dos meus medicamentos	1	2	3	4	5
3.2. A minha vida sem os meus medicamentos seria impossível	1	2	3	4	5
3.3. Sem os meus medicamentos estaria muito doente	1	2	3	4	5
3.4. A minha saúde no futuro dependerá dos meus medicamentos	1	2	3	4	5
3.5. Os meus medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
3.6. Algumas vezes preocupo-me com os efeitos a longo prazo dos meus medicamentos	1	2	3	4	5
3.7. Os meus medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5
3.8. Ter de tomar medicamentos preocupa-me	1	2	3	4	5
3.9. Os meus medicamentos alteram a minha vida	1	2	3	4	5
3.10. Algumas vezes preocupa-me chegar a ser dependente dos meus medicamentos	1	2	3	4	5

SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*)
(Ribeiro, 2005)

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua Saúde.

1. Em geral a minha Saúde é:

- Ótima 1
Muito boa 2
Boa 3
Razoável 4
Fracamente 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano o meu estado geral atual é:

- Muito melhor 1
Um pouco melhor 2
Aproximadamente igual 3
Um pouco pior 4
Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que faz no seu dia-a-dia.

Será que a sua Saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com uma cruz um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Atividades enérgicas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-me, ajoelhar-me ou baixar-me	1	2	3
G. Andar mais de 1 km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

(Por favor em cada linha coloque uma cruz no número 1 se a sua resposta for sim ou no número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha coloque uma cruz à volta do número 1 se a sua resposta for sim ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
 Pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
 Muito fracas 2
 Ligeiras 3
 Moderadas 4
 Fortes 5
 Muito fortes 6

8. Durante as últimas 4 semanas de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correrem as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta coloque por favor uma cruz no número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca uma cruz em cada linha.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre 1
A maior parte do tempo 2
Algum tempo 3
Pouco tempo 4
Nunca 5

11. Por favor diga em que medida as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsas, no seu caso.

(Por favor assinale um número em da linha)	Totalment e verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalment e falso
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Dados Pessoais

Coloque uma cruz na opção que melhor corresponde à sua situação:

1. Género: 1.1. Masculino ☐ 2.2 Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Estado civil: 3.1. Solteiro/a ☐ 3.2. Casado/a ☐ 3.3. Viúvo/a ☐ 3.4. Outro:

4. Escolaridade:

4.1. Sem escolaridade		4.2. 1º Ciclo (4º ano)		4.3. 2º Ciclo (6º ano)	
4.4. 3º Ciclo (9º ano)		4.5. Nível secundário (12º ano ou equivalente)		4.6. Formação universitária	

5. Situação profissional: 5.1. Empregado/a ☐ 5.2. Desempregado/a ☐ 5.3. Reformado/a ☐
5.4. Outra: _____

6. Profissão: _____

7. Com quem vive: 7.1. sozinho/a ☐ 7.2. marido/esposa ☐ 7.3. Filhos ☐ 7.4. Outros _____

8. Unidade de Saúde: 8.1. UCSP Nova Sintra ☐ 8.2. UCSP Santos Pousada ☐

8.3. USF Porto Centro ☐

9. É acompanhado/a na consulta de hipertensão/cardiologia no hospital? 9.1. Sim ☐ 9.2. Não ☐

10. Tem outras doenças para além da hipertensão: 10.1. Não ☐ 10.2. Sim ☐

Quais: _____

11. Tem dificuldades?

	Sim	Não
11.1 No acesso à medicação		
11.2 No acesso a produtos alimentares adequados		
11.3 No acesso a Cuidados de saúde (consultas médicas, enfermagem, etc.)		
11.4 Dificuldades físicas que impeçam de praticar exercício físico		

Relativamente às afirmações seguintes coloque uma cruz no valor que mais se aproxima da sua realidade:

1.1. Peso	Muito baixo	Baixo	Normal	Alto	Muito alto
1.2. Local das refeições	Quase sempre fora de casa (restaurante, cantinas, etc.)	Normalmente fora de casa (restaurante, cantinas, casa de familiares, etc.)	De igual forma em casa como fora de casa	Normalmente em casa e é outra pessoa que cozinha	Normalmente em casa e sou eu que cozinho
1.3. Sinto-me apoiado pela família	Nada	Pouco	Razoável	Muito	Completamente
1.4. Stress (costuma andar stressado/a?)	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Dados preenchidos pelos profissionais de saúde

1. Unidade de Saúde: 1. UCSP Nova Sintra ☐ 2. UCSP Santos Pousada ☐ 3. USF Porto Centro ☐

2. Relativamente às afirmações seguintes coloque uma cruz no valor que mais se aproxima da realidade do utente:

2.1. Prática de exercício físico (caminhadas mais de 20 minutos, natação, corrida, ginásio, etc.)	Nenhuma	1-2 vez por semana	3-5 vezes por semana	Todos os dias	Mais do que uma vez por dia
2.2. Consumo de café	Nenhum	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	Mais de 5 por dia
2.3. Consumo de sal	Comida sem sal	Comida insossa	Comida normal	Comida salgada	Comida muito salgada
2.4. Consumo de gordura	Só cozidos e grelhados, azeite e carnes brancas	Cozidos, grelhados, estufados	Um pouco de tudo	Fritos, estufados de todos os tipos de carne	Mais à base de fritos, carnes gordas, óleos
2.5. Peso	Muito baixo	Baixo	Normal	Alto	Muito alto
2.6. Local das refeições	Quase sempre fora de casa (restaurante, cantinas, etc.)	Normalmente fora de casa (restaurante, cantinas, casa de familiares, etc.)	De igual forma em casa como fora de casa	Normalmente em casa e é outra pessoa que cozinha	Normalmente em casa e sou eu que cozinho
2.7. Apoio da família	Nada	Pouco	Razoável	Muito	Completamente
2.8. Consumo de tabaco	Não fuma	Ocasionalmente	Até 5 cigarros por dia	De 5 a 20 cigarros	Mais de 20
2.9. Consumo de álcool	Não bebo	Ocasionalmente	1-2 copos por refeição	Até uma garrafa	Mais de uma garrafa por dia
2.10. Consumo de frutas e legumes	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nenhum
2.11. Stress (o utente costuma andar stressado/a?)	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

3. Globalmente como avalia a adesão do utente ao tratamento (medicamentos, alimentação, exercício físico, etc.)

Nenhuma		Parcial		Total
1	2	3	4	5

4. Relativamente ao utente refira:

4.1 Os valores das últimas 3 avaliações de TA:

Data:	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Valor em mmHg			

4.2 O IMC: _____

ANEXO 2 - Pedido de autorização



Porto, 7 de Março de 2011

Exma. Sra. Directora Executiva do ACES Porto Oriental
Dr.^a. Carolina Maria Ferreira de Oliveira
Rua Vale Formoso, 466 Paranhos
4200-510 Porto

Assunto: *pedido de autorização para aplicação de questionário*

Exma. Sra. Dr.^a

No âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCE-UP), orientada pela Doutora Marina Serra Lemos (Professora Associada da FPCE-UP) eu, Diliansa Raquel Costa Ribeiro, aluna da FPCE-UP e enfermeira da USCP de Santos Pousada, venho por este meio solicitar autorização para aplicação dos questionários (anexo 1) aos utentes e aos enfermeiros (anexo 2) das USCP de Nova Sintra e Santos Pousada, bem como da USF Porto Oriental.

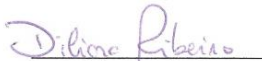
Estes questionários destinam-se a recolher dados no âmbito do projecto de investigação a desenvolver para a apresentação da dissertação de mestrado, intitulado “A Motivação na Educação para a Saúde: Estudo da adesão terapêutica em utentes com Hipertensão”. O estudo tem por principal objectivo examinar os factores motivacionais na adesão à terapia na Hipertensão, visando obter dados que possam contribuir para a organização da prestação de cuidados a estes utentes.

A confidencialidade dos dados obtidos será assegurada e será entregue aos utentes um pedido de consentimento informado (anexo 3). Informamos, ainda, que a data e horário da aplicação dos questionários serão, naturalmente, marcados de acordo com a disponibilidade e conveniência das instituições e dos profissionais envolvidos.

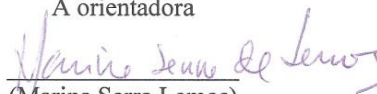
Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos à vossa disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais considerados necessários (Diliansa Ribeiro: lpsi06036@fpce.up.pt, tlm: 918497869; Doutora Marina Serra Lemos: marina@fpce.up.pt).

Com os melhores cumprimentos.

A investigadora


(Diliansa Ribeiro)

A orientadora


(Marina Serra Lemos)

ANEXO 3-Consentimento informado para o utente e profissional de saúde



PARA O UTENTE

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO

Estudo “Fatores motivacionais na adesão terapêutica em utentes com hipertensão”

No âmbito do projeto de investigação, a investigadora, Enfermeira Diliansa Costa Ribeiro (aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), sob orientação da Professora Doutora Marina Serra de Lemos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto) compromete-se a que os dados recolhidos durante este estudo, tanto junto do utente como dos profissionais de saúde (enfermeiro/médico), serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins desta investigação.

A sua participação será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento, sem quaisquer consequências. É-lhe pedido que preencha um questionário (duração aproximada: 10 a 15 minutos). Se concordar, então assine este documento que é feito em duplicado-

Porto, Julho de 2011

A investigadora

(Diliansa Ribeiro)

-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, tenho conhecimento de que os dados recolhidos durante este estudo serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins desta investigação e de que a minha participação é voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento e sem quaisquer consequências, consinto em participar preenchendo o questionário que me foi apresentado, nas condições que me foram explicadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

**FEITO EM DUPLICADO: SENDO UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA QUEM
CONSENTE**

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO

Estudo “Fatores motivacionais na adesão terapêutica em utentes com hipertensão”

No âmbito do projeto de investigação, a investigadora, Enfermeira Diliansa Costa Ribeiro (aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), sob orientação da Professora Doutora Marina Serra de Lemos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto) compromete-se a que os dados recolhidos durante este estudo, tanto junto do utente como dos profissionais de saúde (enfermeiro/médico), serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins desta investigação.

A sua participação será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento, sem quaisquer consequências. É-lhe pedido que preencha um questionário (duração aproximada: 10 a 15 minutos). Se concordar, então assine este documento que é feito em duplicado-

Porto, Julho de 2011

A investigadora

(Diliansa Ribeiro)

-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, tenho conhecimento de que os dados recolhidos durante este estudo serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins desta investigação e de que a minha participação é voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento e sem quaisquer consequências, consinto em participar preenchendo o questionário que me foi apresentado, nas condições que me foram explicadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

**FEITO EM DUPLICADO: SENDO UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA QUEM
CONSENTE**

ANEXO 4 - Parecer da Comissão de Ética da ARS-Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

**ACES Grande Porto VII
- Porto Oriental
Conselho Clínico**

COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº18 DATA: 30-6-2011

DE: Conselho Clínico

PARA: Directora Executiva

ASSUNTO: Estudo sobre "Factores motivacionais na adesão ao tratamento em utentes com HTA" anteriormente designado "Pedido de autorização para

Após análise do parecer da Comissão de ética da ARS Norte (Parecer nº47.2011) emite-se parecer favorável.
Sugere-se, no entanto, que no questionário seja corrigida a designação Porto Oriental para USF Porto Centro, dado que não existe nenhuma USF no ACES Porto Oriental com a 1ª designação.
À consideração superior,

Ana V. Macedo
Presidente do Conselho Clínico
ACES Porto Oriental

Autorizar a realização do estudo aplicado do questionário como real informado ao ec para dar contexto à profissional (solicitando a correção quanto à USF) e, de acordo, levar ao conhecimento dos coordenadores das unidades funcionais e responsáveis de enfermagem a respeito do estudo e colab. recol. p.e. a aplicação dos questionários.
1/7/2011
C. Oliveira

Carolina Oliveira
Directora Executiva do
ACES - Porto Oriental

Rua Vale Formoso, 466
4200-510 Porto

Tel.: 228347350
Fax: 228301154

ANEXO 5 - Pedido de colaboração do profissional de saúde de cada unidade



Declaração

Declaro, para os devidos efeitos, que aceito colaborar com a investigadora Enfermeira Diliانا Raquel Costa Ribeiro no estudo “Factores motivacionais na adesão ao tratamento em utentes com hipertensão” [integrado no Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEU-UP)] e me comprometo a referenciar para o estudo os potenciais participantes, utentes ou profissionais de saúde, pedindo-lhes previamente autorização verbal para essa referência e respeitando as suas decisões.

Mais declaro que me associo no compromisso de confidencialidade e anonimato dos dados de que tome conhecimento.

Porto, 17 de Junho de 2011

Assinatura


(Enf.^a Mónica Serra USF Porto Oriental)




Declaração

Declaro, para os devidos efeitos, que aceito colaborar com a investigadora Enfermeira Diliansa Raquel Costa Ribeiro no estudo “Factores motivacionais na adesão ao tratamento em utentes com hipertensão” [integrado no Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEU-UP)] e me comprometo a referenciar para o estudo os potenciais participantes, utentes ou profissionais de saúde, pedindo-lhes previamente autorização verbal para essa referência e respeitando as suas decisões.

Mais declaro que me associo no compromisso de confidencialidade e anonimato dos dados de que tome conhecimento.

Porto, 17 de Junho de 2011

Assinatura


(Enf.^a Ana Paula Fernandes UCSP Nova Sintra)

*ANEXO 6 - Resultados referentes à influência dos fatores individuais e sociais na
motivação, adesão e qualidade de vida*

Apenas a unidade de saúde não apresentou diferenças estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis de adesão, motivacionais e de qualidade de vida.

Motivação

Relativamente ao género, como podemos verificar no quadro seguinte, há diferenças estatisticamente significativas na motivação autónoma e a (género masculino $M=6,23$, $DP=1,07$ e feminino $M=6,61$, $DP=0,58$). A magnitude da diferença foi baixa ($\eta^2=0.04$). Isto é, 4% da variância nesta variável motivacional se deve ao género, apresentando as mulheres mais motivação autónoma do que os homens. Há diferenças de idade na perceção da necessidade do medicamento (faixa etária dos com menos de 65 anos ($M=19.71$, $DP=3.90$) e dos com mais de 65 anos ($M=21.38$, $DP=2.71$). A magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.06$). Isto é, 6% da variância nesta variável motivacional se deve à idade, tendo os adultos idosos maior perceção da necessidade do medicamento do que os adultos.

Há diferenças de idade na perceção da necessidade do medicamento (faixa etária dos com menos de 65 anos ($M=19.71$, $DP=3.90$) e dos com mais de 65 anos ($M=21.38$, $DP=2.71$; $t(110)=-2,59$, $p=0,011$). A magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.06$). Isto é, 6% da variância nesta variável motivacional se deve à idade, tendo os adultos idosos maior perceção da necessidade do medicamento do que os adultos.

Relativamente ao estado civil, há diferenças de estado civil na variável de adesão relato do profissional de saúde (média do grupo 1 (solteiros) $=3,91$, $DP=0,83$ e a média do grupo 3 (viúvos) $=3,91$, $DP=0,61$ com a média do grupo 4 (outros) $=3,06$, $DP=0,78$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.08$). Assim, os profissionais de saúde referem maior adesão aos solteiros e viúvos do que a outros estados civis (divorciados, etc.)

No que respeita à escolaridade, há diferenças de escolaridade nas seguintes variáveis de motivação: amotivação, perceção das consequências da doença, perceção da compreensão da doença; perceção da necessidade de medicamentos. Com a amotivação [$F(5, 103)=2.83$, $p=0.019$], as diferenças encontram-se entre sem escolaridade ($M=4.85$, $DP=2.34$) e o 2º ciclo ($M=2.53$, $DP=1.37$) e entre os sem escolaridade e ensino universitário ($M=2.30$, $DP=1.82$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.12$).

Relativamente à percepção das consequências da doença [$F(5, 102)=3.04, p=0.013$], as diferenças encontram-se entre o 1º ciclo ($M=16.31, DP=4.16$) e o ensino universitário ($M=11.27, DP=3.37$) e entre o 2º ciclo ($M=16.36, DP=4.23$) e o ensino universitário, sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.12$). No que se refere à percepção da compreensão da doença [$F(5, 19.70)=3.59, p=0.018$], as diferenças encontram-se entre sem escolaridade ($M=3.00, DP=1.69$) e o 1º ciclo ($M=4.10, DP=1.04$), o 2º ciclo ($M=4.40, DP=0.73$), o 3º ciclo ($M=4.67, DP=0.49$), o ensino secundário ($M=4.44, DP=10.51$) e ensino universitário ($M=4.33, DP=0.65$), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.14$). Com a percepção da necessidade do medicamento e a escolaridade [$F(5, 104)=2.98, p=0.015$], as diferenças encontram-se entre o 1º ciclo ($M=21.35, DP=2.97$) e o ensino universitário ($M=17.58, DP=4.62$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.12$). Estes resultados mostram que a amotivação é mais elevada para os doentes sem escolaridade dos que os com o 2º ciclo e ensino universitário; a percepção das consequências da doença é mais elevada para os com o 1º e 2º ciclo do que com o ensino universitário; a percepção da compreensão da doença é menor nos doentes sem escolaridade, do que em qualquer outro nível académico; e a percepção da necessidade do medicamento é maior nos doentes com o 1º ciclo do que os com o ensino universitário.

Relativamente ao NSE, há também diferenças estatisticamente significativas com a percepção das consequências da doença (média do grupo 1 (C1) =18,59, DP=3,93 com a média do grupo 3 (D+E) =21,59, DP=2,93), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.14$ ou seja 14% da variância é devida ao nível socioeconómico) e a percepção da necessidade de medicamentos (média do grupo 1 (C1) =13,32, DP=3,82 com a média do grupo 2 (C2) 16,71, DP=4,47) e com a media do grupo 3 (D+E) =15,95, DP=4,20), sendo a magnitude da diferença pequena ($\eta^2=0.02$). Tendo em conta estes dados, o nível C3 apresenta uma pior percepção das consequências da doença do que o C1 e este apresenta uma menor percepção da necessidade do medicamento do que o C2 e o D+E.

Relativamente a com quem vive, não existe diferenças estatisticamente significativas com as variáveis motivacionais.

No que concerne ao acompanhamento em consulta no hospital, as variáveis motivacionais com diferenças significativas são o índice de autonomia relativa (média do grupo 1 (sim) =1,06, DP=1,63) com a média do grupo 2 (não) =2,05, DP=1,48), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.07$). Os resultados mostram que os doentes acompanhados na consulta no hospital apresentam menor índice de autonomia relativa do que os que não são acompanhados.

Relativamente a ter outras doenças e as dificuldades de acesso à medicação, não existe diferenças estatisticamente significativas com as variáveis motivacionais.

Quanto à dificuldade no acesso a produtos alimentares adequados esta encontra-se relacionada estatisticamente com a percepção dos medicamentos – sub escala de preocupação: sim ($M=18.06$, $DP=5.07$) e não ($M=14.85$, $DP=4.36$; $t(101)=2.70$, $p=0.008$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.07$). Deste modo, os doentes com maior dificuldade de acesso a produtos alimentares adequados apresentam maior preocupação com o medicamento.

Com a dificuldade de acesso a cuidados de saúde encontra-se relacionada estatisticamente a amotivação: sim ($M=4.39$, $DP=1.98$) e não ($M=3.06$, $DP=1.63$; $t(108)=2.60$, $p=0.01$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.06$). Desta forma, os doentes com maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde apresentam mais amotivação.

Relativamente à dificuldade física encontra-se relacionada estatisticamente com: a escala de competência percebida: sim ($M=5.17$, $DP=0.83$) e não ($M=5.66$, $DP=0.85$; $t(99)=-2.88$, $p=0.005$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.08$); com a percepção da doença – sub- escala de consequências da doença sim ($M=16.54$, $DP=3.59$) e não ($M=14.77$, $DP=4.49$; $t(105)=2.20$, $p=0.030$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.04$) e com a percepção do medicamento – sub escala de necessidade do medicamento sim ($M=21.33$, $DP=2.60$) e não ($M=19.89$, $DP=3.88$; $t(107)=2.51$, $p=0.014$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.06$). Assim, os doentes que referem dificuldades físicas apresentam menos competência percebida e maior percepção das consequências da doença e da necessidade do medicamento do que os que não tem dificuldades físicas.

Adesão

Relativamente ao género, como podemos ver no quadro seguinte, há diferenças de género nas seguintes dimensões adesão: de alimentação geral (média do género masculino=4,41, $DP=1,8$; média do género feminino =5,11, $DP=1,61$). A magnitude da diferença foi baixa ($\eta^2=0.04$). Isto é, 4% da variância nesta escala de adesão se deve ao género, aderindo mais as mulheres que os homens.

Entre a idade e as variáveis de adesão apenas se encontraram diferenças significativas quanto ao IMC: a média da faixa etária dos com menos de 65 anos ($M=28.31$, $DP=4.18$);

média da faixa etária dos com mais de 65 anos ($M=26.12$, $DP=4.24$). A magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.06$). Isto é, 6% da variância do IMC se deve à idade, apresentando os adultos maior IMC que os que os adultos idosos.

Relativamente ao estado civil, há diferenças estatísticas significativas com a variável representação emocional da doença (grupo 1 (solteiros) ($M=14.70$, $DP=4.76$) e o grupo 4 (outros) ($M=19.91$, $DP=4.91$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.08$); e percepção da necessidade do medicamento (grupo 1 (solteiros) ($M=17.27$, $DP=5.46$) com o grupo 2 (casados) ($M=20.93$, $DP=2.86$) e o grupo 3 (viúvos) ($M=20.95$, $DP=3.38$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.10$). Assim, os solteiros apresentam uma melhor representação emocional da doença do que os outros (divorciados, etc.), bem como uma menor percepção da necessidade do medicamento do que os casados e viúvos.

A escolaridade não apresenta relações estatisticamente significativas com a adesão.

Referente ao NSE há diferenças de nível socioeconómico na seguinte dimensão de adesão: auto-relato de adesão do profissional de saúde (média do grupo 1 (C1) $=2.46$, $DP=0.58$ com a média do grupo 2 (C2) $=1.94$, $DP=0.80$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.06$). Assim, os do nível C1 aderem mais do que os do nível C2.

Relativamente a com quem vive, há diferenças de com quem vivem e a dimensão da adesão auto-relato sobre o medicamento (média do grupo 2 (marido/esposa) $=2.41$, $DP=0.78$ com a média do grupo 3 (filhos) $=1.55$, $DP=0.69$) (e média do grupo 3 com a média do grupo 4 (outros: marido/esposa e filhos, etc.) $=2.64$; $DP=0.50$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.12$). Assim, os doentes que vivem com os filhos aderem menos à medicação do que os que vivem com marido/esposa ou outros 4 (outros: marido/esposa e filhos, etc.).

No que concerne ao acompanhamento em consulta no hospital e ter outras doenças, não existe diferenças estatisticamente significativas com as variáveis de adesão.

A dificuldade de acesso à medicação encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa com a TA: sim ($M=2.30$, $DP=0.87$) e não ($M=1.83$, $DP=0.96$; $t(112)=2.03$, $p=0.045$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.04$). Deste modo, os doentes com dificuldade de acesso à medicação apresentam maiores valores de TA do que os que não apresentam.

Quanto à dificuldade de acesso a produtos alimentares adequados e aos cuidados de saúde não se encontram relacionados de forma estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis de adesão.

A dificuldade física encontra relacionada de forma estatisticamente significativa com a sub-escala de adesão à atividade física: sim ($M=2.08$, $DP=2.44$) e não ($M=3.18$, $DP=2.43$; $t(108)=-2.35$, $p=0.02$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.05$). Desta forma, os doentes com dificuldades físicas apresentam menor adesão à atividade física do que os que não têm.

Qualidade de vida

Relativamente ao género, as variáveis de qualidade de vida (Sf-36) que apresentam diferenças estatísticas significativas são como podemos verifica no quadro: o funcionamento físico, género masculino ($M=73.95$, $DP=23.64$) e do feminino ($M=55.00$, $DP=29.01$) sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.11$); dor corporal, género masculino ($M=65.14$, $DP=22.74$) e do feminino ($M=46.94$, $DP=28.52$), magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.10$); desempenho emocional, género masculino ($M=76.98$, $DP=35.68$) e do feminino ($M=60.20$, $DP=42.73$), magnitude da diferença foi reduzida ($\eta^2=0.04$); e saúde mental, género masculino ($M=67.62$, $DP=20.58$) e do feminino ($M=54.28$, $DP=21.50$), magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.09$). Estes resultados mostram que os homens referem um melhor desempenho físico, emocional e saúde mental do que as mulheres e percecionam mais a dor corporal do que as mulheres.

Quadro 15

Diferenças individuais na qualidade de vida

Variáveis	Género	Idade	Estado civil	Escolaridade	NSE
FF	$t(109)=3.59^{**}$	$t(101.32)=2.03^*$	$F(3, 106)=3.93^{**}$	$F(5, 104)=3.93^{**}$	$F(2, 105)=8.17^{**}$
DF	ns	$t(109)=2.11^*$	ns	ns	$F(2, 105)=6.98^{**}$
DC	$t(111)=3.52^{**}$	ns	ns	ns	$F(2, 106)=3.94^{**}$
SG	ns	ns	$F(3, 108)=3.45^*$	$F(5, 105)=3.34^{**}$	$F(2, 106)=6.24^{**}$
VT	ns	ns	$F(3, 101)=2.81^*$	ns	$F(2, 38.71)=8.83^{**}$
FS	ns	ns	ns	$F(5, 102)=2.61^*$	ns
DE	$t(107)=2.12^*$	ns	$F(3, 28.95)=13.32^{**}$	ns	ns
SM	$t(105)=3.19^{**}$	ns	$F(3, 103)=5.56^{**}$	ns	Ns

Nota. 1. Funcionamento físico; 2. Desempenho físico; 3. Dor corporal; 4. Saúde geral; 5. Vitalidade; 6. Funcionamento social; 7. Desempenho social; 8. Saúde mental; NSE -nível socioeconómico.

ns -não significativo; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

No que se refere à idade, as variáveis de qualidade de vida (Sf-36) que apresentam diferenças estatísticas significativas são: o funcionamento físico e o desempenho físico. Entre o funcionamento físico e a média da faixa etária dos com menos de 65 anos

($M=67.63$, $DP=24.85$) e os com mais de 65 anos ($M=56.76$, $DP=31.59$). A magnitude da diferença foi pequena ($\eta^2=0.02$). Isto é, 2% da variância do funcionamento físico se deve à idade. Entre o desempenho físico e a média da faixa etária dos com menos de 65 anos ($M=64.41$, $DP=41.31$) e os com mais de 65 anos ($M=47.60$, $DP=42.34$). A magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.04$). Isto é, 4% da variância do desempenho físico se deve à idade. Assim, os adultos apresentam melhor funcionamento e desempenho físico do que os adultos idosos.

Relativamente ao estado civil, as variáveis de qualidade de vida (Sf-36) que apresentam diferenças estatísticas significativas são: funcionamento físico, saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Com o funcionamento físico as diferenças encontram-se entre os solteiros ($M=75.00$, $DP=22.58$) e os viúvos ($M=45.65$, $DP=33.17$) e os casados ($M=65.37$, $DP=26.00$) e os viúvos, sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.10$). Com a saúde geral as diferenças encontram-se entre os solteiros ($M=65.91$, $DP=15.03$) e os viúvos ($M=44.74$, $DP=19.59$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.09$), não havendo diferenças significativas com outros grupos. Com a vitalidade as diferenças encontram-se entre os solteiros ($M=58.00$, $DP=16.70$) e os outros ($M=37.70$, $DP=15.43$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.08$). No que se refere ao desempenho emocional as diferenças encontram-se entre os solteiros ($M=93.94$, $DP=13.48$) e os viúvos ($M=44.44$, $DP=47.53$), os solteiros e os outros ($M=36.67$, $DP=33.14$), os casados ($M=74.75$, $DP=36.54$) e os viúvos e os casados e os outros, sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.18$). Relativamente à saúde mental as diferenças encontram-se entre os solteiros ($M=77.60$, $DP=18.68$) e os viúvos ($M=50.10$, $DP=19.16$) e os solteiros e os outros ($M=46.40$, $DP=20.15$), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.14$), não havendo diferenças significativas com outros grupos ou variáveis. Estes resultados mostram que os solteiros apresentam melhor funcionamento físico, saúde geral, desempenho emocional e saúde mental do que os viúvos e melhor saúde geral, desempenho emocional e saúde mental do que os outros. Os casados apresentam melhor funcionamento físico do que os viúvos e melhor desempenho emocional do que os viúvos e os outros.

Relativamente à escolaridade, as variáveis de qualidade de vida (Sf-36) que apresentam diferenças estatísticas significativas com a escolaridade são: o funcionamento físico, a saúde geral, a vitalidade e o funcionamento social. No que se refere ao funcionamento físico as diferenças encontram-se entre o 1º ciclo ($M=52.90$, $DP=30.57$) e o ensino secundário ($M=76.67$, $DP=20.67$) e o ensino universitário ($M=80.91$, $DP=17.43$), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.16$). Quanto à saúde geral as diferenças encontram-se entre o 1º ciclo ($M=45.61$, $DP=20.65$) e o universitário ($M=64.42$,

DP=21.27), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.14$). Relativamente à vitalidade as diferenças encontram-se entre o 1º ciclo (M=44.67, DP=17.04) e o ensino universitário (M=59.58, DP=9.64), sendo a magnitude da diferença elevada ($\eta^2=0.14$). Entre a escolaridade e o funcionamento social as diferenças encontram-se entre sem escolaridade (M=37.50, DP=15.81) e o 1º ciclo (M=72.19, DP=25.03), e o 3º ciclo (M=77.08, DP=24.90) e o ensino secundário (M=80.00, DP=23.99), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.11$). Estes resultados demonstram que os doentes com o 1º ciclo apresentam pior funcionamento físico que os do ensino secundário e apresentam pior funcionamento físico, saúde geral e vitalidade do que os do ensino universitário. E os doentes sem escolaridade apresentam pior funcionamento social do que os do 1º e 3º ciclos e ensinos secundário.

Entre o nível socioeconómico e as variáveis de qualidade de vida, as que apresentam diferenças estatisticamente significativas são: o funcionamento físico, o desempenho físico, a dor corporal, a saúde geral e a vitalidade. Com o funcionamento físico as diferenças encontram-se entre o grupo 1 (C1) (M=77.60, DP=19.31) e o grupo 3 (D+E) (M=53.46, DP=29.08), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.13$). No que se refere ao desempenho físico as diferenças encontram-se entre o grupo 1 (C1) (M=70.19, DP=42.43) e o grupo 3 (D+E) (M=44.92, DP=40.86) e entre o grupo 2 (C2) (M=79.17, DP=34.56) e o grupo 3 (D+E), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.11$). Com a dor corporal as diferenças encontram-se entre o grupo 1 (C1) (M=65.31, DP=24.29) e o grupo 3 (D+E) (M=48.08, DP=20.71), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.06$). Relativamente à saúde geral, as diferenças encontram-se entre o grupo 1 (C1) (M=59.37, DP=18.46) e o grupo 3 (D+E) (M=44.13, DP=19.06), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.10$). Por fim, quanto à relação entre nível socioeconómico e vitalidade as diferenças encontram-se entre o grupo 1 (C1) (M=55.77, DP=10.26) e o grupo 3 (D+E) (M=43.83, DP=15.90), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.12$). Os resultados indicam que o nível C1 apresentam melhor funcionamento e desempenho físico, saúde geral e vitalidade que o nível D+E; o nível C2 apresenta melhor desempenho físico que o D+E; e o nível C1 apresenta menor dor corporal que o D+E.

Relativamente a com quem vive e ao acompanhamento no hospital, não existe diferenças estatisticamente significativas com as variáveis motivacionais, nem com as de qualidade de vida.

Relativamente a ter outras doenças ou não, quanto às variáveis de qualidade de vida estas apresentam relações estatisticamente significativas, nomeadamente: o funcionamento

físico, o desempenho físico, a dor corporal, a saúde geral e o funcionamento social. Com o funcionamento físico (média de não ter outras doenças =74.14, DP=26.42) e a média de ter outras doenças =58.27, DP=28.34; $t(108)=2.63$, $p=0,010$), magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.06$). Com o desempenho físico (média de não ter outras doenças =77.68, DP=33.56 e a média de ter outras doenças =49.40, DP=42.94; $t(109)=3.17$, $p=0,002$), magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.08$). Com a dor corporal (média de não ter outras doenças=60.43, DP=18.71 e média de ter outras doenças =48.25, DP=18.43; $t(110)=3.017$, $p=0,003$), magnitude da diferença foi moderada ($\eta^2=0.07$). Com o funcionamento social (media de não ter outras doenças =85.19, DP=20.52 e a média de ter outras doenças [M=67.92, DP=26.70; $t(108)=3.073$, $p=0,010$), sendo a magnitude da diferença moderada ($\eta^2=0.08$). Os resultados indicam que os doentes hipertensos que não apresentam outras doenças apresentam melhor funcionamento e desempenho físico e funcionamento social, apresentando também menor percepção da dor corporal.

A dificuldade de acesso à medicação encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa com o funcionamento físico: sim (M= 45.83, DP= 35.20) e não (M=66.10, DP=25.79), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.07$); com o desempenho físico: sim (M=30.89, DP=42.20) e não (M=60.44, DP=41.84), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.04$); com a saúde geral sim (M=42.06, DP=18.92) e não (M=53.43, DP=18.99), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.04$); com a vitalidade sim (M=69.12, DP=25.81) e não (M=73.03, DP=26.54), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.06$). Assim, de uma forma geral, os doentes com dificuldades de acesso à medicação apresentam pior funcionamento e desempenho físico, saúde geral e vitalidade dos que não têm.

A dificuldade de acesso a produtos alimentares adequados e aos cuidados de saúde não se encontram relacionados de forma estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis de qualidade de vida.

As dificuldades físicas encontram-se relacionadas de forma estatisticamente significativa com o funcionamento físico: sim (M=45.53, DP=26.19) e não (M=74.75, DP=23.81), com uma magnitude de diferenças de média muito elevada ($\eta^2=0.26$); com o desempenho físico: sim (M=34.66, DP=37.05) e não (M=71.09, DP=39.40), com uma magnitude de diferenças de média muito elevada ($\eta^2=0.18$); com a dor corporal: sim (M=40.84, DP=25.64) e não (M=61.92, DP=25.75), com uma magnitude de diferenças de elevada ($\eta^2=0.15$); com a saúde geral: sim (M=41.93, DP=17.56) e

não ($M=57.67$, $DP=17.73$), com uma magnitude de diferenças de elevada ($\eta^2=0.16$); a vitalidade: sim ($M=42.44$, $DP=16.09$) e não ($M=52.58$, $DP=14.19$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.10$) e o funcionamento social sim ($M=64.83$, $DP=24.59$) e não ($M=75.78$, $DP=26.62$), com uma magnitude de diferenças de média moderada ($\eta^2=0.04$). Deste modo, os doentes com dificuldades físicas apresentam pior funcionamento e desempenho físico, vitalidade e saúde geral, referindo ainda, maior dor corporal.

Quadro 16

Correlação entre Variáveis de Qualidade de Vida (SF-36) e dificuldades de acesso

Variáveis	1. DAM	2. DAPA	3. DACS	4. DF
Funcionamento Físico	t(20.76)= -2.86**	t(104)= -0.64	t(11.95)= -0.73	t(106)= -6.05**
Desempenho Físico	t(107)= -1.99*	t(104)= -0.63	t(108)= -0.53	t(106)= -4.84**
Dor Corporal	t(109)= -1.44	t(106)= 0.93	t(110)= -0.01	t(108)= -4.39**
Saúde geral	t(109)= -2.27*	t(106)= 0.53	t(110)= -0.17	t(108)= -4.60**
Vitalidade	t(101)= -2.44*	t(99)= -1.44	t(102)= -0.47	t(101)= -3.38**
Funcionamento Social	t(106)= -0.57	t(103)= 0.37	t(107)= -1.25	t(105)= -2.15*
Desempenho Emocional	t(105)= -1.91	t(102)= -0.20	t(106)= -0.97	t(104)= -0.81
Saúde Mental	t(103)= -1.95	t(100)= -1.20	t(104)= 0.40	t(102)= -0.74

Nota. 1. Média dificuldade no acesso à medicação; 2. Média dificuldade de acesso a produtos alimentares adequados; 3. Média da dificuldade no acesso a cuidados de saúde; 4. Média Dificuldades físicas

* $p<0.05$; ** $p<0.01$